

Lucivaldo da Silva Araújo
Ana Cláudia Martins e Martins
Débora Ribeiro da Silva Campos Folha
Ester Miranda da Silva Pereira
Roberta de Oliveira Corrêa
André Maia Pantoja
Danielly Cristiny de Sousa Alamar Sampaio
Letícia Alves da Silva
Fernanda Carvalho da Silva

Org.

TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO AMAZÔNICO:

EXPERIÊNCIAS NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ



TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO AMAZÔNICO:

EXPERIÊNCIAS NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ



Universidade do Estado do Pará

Reitor

Clay Anderson Nunes Chagas

Vice-Reitora

Ilma Pastana Ferreira

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Jofre Jacob da Silva Freitas

Pró-Reitor de Graduação

Ednalvo Apóstolo Campos

Pró-Reitora de Extensão

Vera Regina Menezes Palácios

Pró-Reitor de Gestão e Planejamento

Carlos José Capela Bispo



Editora da Universidade do Estado do Pará

Coordenador e Editor-Chefe

Nilson Bezerra Neto

Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Design

Flávio Araujo

Web-Page e Portal de Periódicos

Bruna Toscana Gibson

Livraria

Arlene Sales

Bibliotecária

Rosilene Rocha

Estagiária

Fernanda de Araújo Mendes

Conselho Editorial

Francisca Regina Oliveira Carneiro

Hebe Morganne Campos Ribeiro

Jofre Jacob da Silva Freitas (Presidente)

Joelma Cristina Parente Monteiro Alencar

Josebel Akel Fares

José Alberto Silva de Sá

Juarez Antônio Simões Quaresma

Lia Braga Vieira

Maria das Graças da Silva

Maria do Perpétuo Socorro Cardoso da Silva

Marília Brasil Xavier

Núbia Suely Silva Santos

Robson José de Souza Domingues

Pedro Franco de Sá

Tânia Regina Lobato dos Santos

Valéria Marques Ferreira Normando

Lucivaldo da Silva Araújo
Ana Cláudia Martins e Martins
Débora Ribeiro da Silva Campos Folha
Ester Miranda da Silva Pereira
Roberta de Oliveira Corrêa
André Maia Pantoja
Danielly Cristiny de Sousa Alamar Sampaio
Letícia Alves da Silva
Fernanda Carvalho da Silva

Org.

TERAPIA OCUPACIONAL NO CONTEXTO AMAZÔNICO:

EXPERIÊNCIAS NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

Realização

Universidade do Estado do Pará - UEPA
Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA



Normalização e Revisão

Marco Antônio da Costa Camelo

Nilson Bezerra Neto

Designer Gráfico

Flávio Araujo

Capa

Yuki Yamada

Diagramação

Odivaldo Teixeira Lopes

Apoio Técnico

Bruna Toscano Gibson

Arlene Sales Duarte Caldeira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Editora da UEPA - EDUEPA

T315 Terapia ocupacional no contexto amazônico: experiências na Universidade do Estado do Pará / Lucivaldo da Silva Araújo ; Ana Cláudia Martins e Martins ; Débora Ribeiro da Silva Campos Folha ; et al. (Orgs.). – Belém : EDUEPA, 2022.

378 p. : il.

Inclui bibliografias

ISBN: 978-65-88106-42-6

1. Terapia Ocupacional. 2. Extensão universitária. 3. Vulnerabilidade social. 4. Saúde mental. 5. Terceira idade. 6. Doença de Parkinson. 7. Espectro autista. 8. Gameterapia. 9. Autoconhecimento – historicidade. 10. Tecnologia assistiva. I. Araújo, Lucivaldo da Silva. II. Martins, Ana Cláudia Martins e. III. Folha, Débora Ribeiro da Silva Campos. IV. Título.

CDD 615.8515 – 22.ed.

Ficha Catalográfica: Rosilene Rocha CRB-2/1134

Editora filiada



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Editora da Universidade do Estado do Pará - EDUEPA

Travessa D. Pedro I, 519 - CEP: 66050-100

E-mail: eduepa@uepa.br/livrariadauepa@gmail.com

Telefone: (91) 3222-5624

APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que apresentamos a primeira obra coletiva do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará - UEPA. Trata-se do resultado de um esforço conjunto em prol da divulgação de um conhecimento qualificado e culturalmente situado a partir das experiências do primeiro curso de Terapia Ocupacional da região norte do Brasil.

Rumo aos seus 40 anos, que acontecerá em 2025, e com a maturidade que só uma trajetória sólida e frutífera poderia qualificar, o curso tem acumulado uma variedade de experiências exitosas em torno da prática da Terapia Ocupacional no contexto Amazônico.

Em relação a isso, alimentávamos, já há algum tempo, o desejo de compartilhar com as escolas de formação locais e nacionais, um pouco dessa jornada e das diferentes matizes que caracterizam a nossa identidade enquanto terapeutas ocupacionais nortistas.

É sabido que os principais núcleos produtores e difusores de conhecimento em Terapia Ocupacional no Brasil estão concentrados no sudeste do país. Contudo, há de se reconhecer o lugar que a Terapia Ocupacional regional tem assumido no cenário brasileiro que, mesmo com as barreiras geográficas, históricas, políticas e sociais, se faz representada nos fóruns nacionais onde são pautados temas de grande relevância da nossa profissão.

A despeito da representação que temos no quantitativo que é produzido dentro dessa área, qualitativamente temos muito a compartilhar sobre os modos de fazer acontecer a profissão em um cenário cuja singularidade adita significativamente para o desenvolvimento técnico e epistêmico da Terapia Ocupacional brasileira.

A vanguarda local em relação ao primeiro grupo de pesquisa em Ciência da Ocupação no país, a expertise na confecção de órteses e próteses de baixo custo, os bem sucedidos programas de residência dos quais participamos, a atuação de profissionais em diferentes níveis de complexidade das redes de atenção à saúde, educação e assistência social, a consolidação da profissão junto a diferentes instâncias da justiça e sistema penal, o trabalho desenvolvido na RAPS, SUS, SUAS etc., quando somado aos traços de uma cultura cabocla, depurada pelo calor de nossas tardes regadas com a vivacidade de nossas chuvas, amalgamam-se em um caldo cultural-étnico-científico único.

Neste livro temos uma amostra desta miscelânea traduzida nos diversos temas abordados. Da composição de cada capítulo participaram professores e/ou técnicos terapeutas ocupacionais vinculados à UEPA, alunos, ex-alunos, residentes e outros colaboradores vinculados às muitas instituições parceiras do curso.

Como a primeira obra de uma série que chamamos de “Terapia Ocupacional no Contexto Amazônico”, os textos aqui reunidos convergem de forma muito profícua para demarcar o cenário de convivência plural das inúmeras formas de produção dos saberes locais e suas distintas reverberações no mundo da vida.

A obra não é dividida em seções baseadas nas clássicas áreas de atuação da profissão. Pelo contrário, sua organização é alinhavada tão somente pela vinculação dos modos particulares de pensar e fazer uma Terapia Ocupa-

cional entre tantas outras que coexistem no cenário nacional e regional.

Esta coletânea, portanto, é um prenúncio do que somos, do que seremos e dos modos que fazemos as múltiplas terapias ocupacionais que coabitam em nós. É a partir desta pluralidade que esta obra surge e se apresenta. Trata-se de uma proposta que desponta em um momento muito oportuno em que somos desafiados a reafirmar o valor do conhecimento científico tão questionado e vilipendiado por forças de várias ordens.

Esse movimento é resultado de uma conjuntura marcada pelo acirramento de uma crise política, econômica e sanitária sem precedentes neste século. À Terapia Ocupacional, assim como a outras profissões, coube um ajustamento aos novos cenários e seus desafios. Nosso movimento, nesse sentido, é o de partilhar, dar a conhecer, em certa medida, o que somos e o que fazemos por essas bandas do norte, nos termos do antropólogo Tim Ingold, "fazendo crescer uns aos outros".

Desejamos que esta obra possa somar à trajetória de alunos, professores, técnicos e demais profissionais que se interessam pela dimensão ocupacional do humano e que se reconhecem na cultura cabocla, brasileira, amazônica, nortista e uepeana.

Boa leitura a todes!

Prof. Dr. Lucivaldo da Silva Araújo.

Coordenador do Curso de Terapia Ocupacional da UEPA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 6

Prof. Dr. Lucivaldo da Silva Araújo.

CAPÍTULO 1

**A INFLUÊNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA
NA COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA
DO PROJETO “A MELHOR IDADE PARA VER AS
ESTRELAS”** 14

Kharinni Uchoa Pereira

Ana Paula Souza Bichara Leite

Priscila Gomes Serfaty Guzzo

Sheila Alcolumbre Gonçalves

Joubert Marinho da Silva Bentes

CAPÍTULO 2

**TERAPIA OCUPACIONAL NO PROCESSO DE
REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM CERVICALGIA E
SEU COTIDIANO** 40

Elyenne de Nazaré Prazeres da Silva Alves

Ana Carolina de Souza Damasceno

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde.

Ana Cláudia Martins e Martins

CAPÍTULO 3

**REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA
SAÚDE MENTAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE** 64

Ana Carolina de Souza Damasceno

Roberta de Oliveira Corrêa

CAPÍTULO 4

TERAPIA OCUPACIONAL E PRÁTICAS CORPORAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE COLUNA..... 91

*Suellem Carla Nunes Nobre
Tatyani Arícia Maia Novais*

CAPÍTULO 5

ATENDIMENTOS GRUPAIS EM TERAPIA OCUPACIONAL COM PACIENTES EM PRÉ E PÓS- OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR..... 113

*Tarciana Martins da Silva Ventura
Ana Cláudia Martins e Martins
Roberta de Oliveira Corrêa*

CAPÍTULO 6

REFLEXÕES SOBRE OS MAUS-TRATOS E O DESEMPENHO OCUPACIONAL DE CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE SOCIAL..... 134

*Elson Ferreira Costa
Giovanna Gonçalves Sodré
Isabel Cristina Santos Rodrigues
Jonatha Almeida Barros*

CAPÍTULO 7

ANÁLISE OCUPACIONAL DO USO DO TEMPO DE PACIENTES “PORTA-GIRATÓRIA”: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO..... 161

*Luana Conceição Queiroz
Márcio José Andrade da Silva
Renata Raiol Magalhães
Lívia Mello Pontes
Lucivaldo da Silva Araújo*

CAPÍTULO 8

**CORPO FEMININO NA TERCEIRA IDADE E
O CUIDADO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL:
ENSAIOS/INSIGHTS DE AUTOCONHECIMENTO E
HISTORICIDADE.....192**

Alane Marques Lima

Carla Larissa Costa Ferreira

Débora Ribeiro da Silva Campos Folha

Ingrid Bergma da Silva Oliveira

CAPÍTULO 9

**ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA
REABILITAÇÃO COGNITIVO-FUNCIONAL EM IDOSOS
COM DOENÇA DE PARKINSON.....222**

Isabel Cristina Santos Rodrigues

Priscila Gomes Serfaty Guzzo

Pâmela Renata Gomes da Silva

Amanda Gabrielle do Vale Neves Machado

Alna Carolina Mendes Paranhos

CAPÍTULO 10

**O USO DA COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA
E ALTERNATIVA JUNTO A CRIANÇAS QUE
APRESENTAM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: CONTRIBUIÇÕES TERAPÊUTICAS
OCUPACIONAIS.....246**

André Maia Pantoja

Geovana Duarte de Sousa

Luana Siqueira Marques

Luzimara Vieira Rodrigues

Tamara Iglesias De Barros

CAPÍTULO 11

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL EM UNIDADE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA DA RESIDÊNCIA.....270

Carla Camila Chaves Leal

Ester Miranda da Silva Pereira

Thais Gomes Cabral de Avelar

CAPÍTULO 12

A GAMETERAPIA COMO FERRAMENTA PARA A REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS ADULTOS COM DESORDENS NEUROLÓGICAS: UMA EXPERIÊNCIA COM INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON.....294

Alna Carolina Mendes Paranhos

Pâmela Renata Gomes da Silva

Rogeria Pimentel de Araujo Monteiro

Taila Cristina Bastos Cavalcante

CAPÍTULO 13

O CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE ALUNOS COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO E ALUNOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA EDUCAÇÃO INFANTIL: REVERBERAÇÕES PARA A INCLUSÃO ESCOLAR E IMPLICAÇÕES PARA A TERAPIA OCUPACIONAL.....324

Débora Ribeiro da Silva Campos Folha

Samantha Hanna Seabra Castilho Simões

Larissa Maria de Souza Cruz

Ana Paula Santos Sarmanho

Patrícia Carla de Souza Della Barba

CAPÍTULO 14

**CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA ASSISTIVA
NA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL
EM PACIENTES COM SEQUELAS DE ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA REVISÃO DA
LITERATURA.....351**

Thamires Bezerra Vasconcelos de Azevedo

André Maia Pantoja

Amanda Gabrielle do Vale Neves Machado

Lourraine da Costa Araújo

Mateus Ribeiro Demétrio

CAPÍTULO 1

A INFLUÊNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO “A MELHOR IDADE PARA VER AS ESTRELAS”

*Kharinni Uchoa Pereira
Ana Paula Souza Bichara Leite
Priscila Gomes Serfaty Guzzo
Sheila Alcolumbre Gonçalves
Joubert Marinho da Silva Bentes*

INTRODUÇÃO

Para a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, em seu artigo 43, é finalidade da Educação Superior estimular a criação cultural e o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo e, dessa forma, orientar a formação de profissionais aptos às necessidades do mercado de trabalho e capazes de desenvolver ciência e tecnologia, independente da área de conhecimento. Para tal, é função da Universidade incentivar a pesquisa e a iniciação científica, além de propiciar conhecimento e estabelecer, com a comunidade, uma relação de reciprocidade (BRASIL, 2005).

Com a finalidade de orientar a formação em saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Educação estabeleceram estratégias pedagógicas nos cursos superiores, objetivando proporcionar ao futuro profissional de saúde uma vivência no seu local de prática, favorecendo o tripé universitário: ensino, pesquisa e extensão. Assim sendo, entre os anos 2001 a 2003, foram implementadas as Dire-

trizes Curriculares para os cursos de graduação em saúde (AUTONOMO et al, 2015; SOUZA et al, 2016).

Na educação superior, as primeiras concepções acerca da extensão universitária surgiram nas universidades da Europa, no século passado. As idéias eram atender às demandas encontradas no processo de formação profissional concomitante à participação da comunidade na atuação da universidade, estimulando a troca entre os saberes acadêmico e popular (SILVA et al, 2019).

A extensão universitária fortalece o processo ensino-aprendizagem, em diferentes áreas do conhecimento, possibilitando ao aluno o contato com a prática da atuação profissional através da observação da situação-problema, sobre a qual irá refletir e buscar soluções na associação da teoria e prática e ainda por meio de orientação e supervisão profissional.

Por meio da interação ativa entre orientação teórica, orientação pedagógica e cenários de prática, os estudantes conseguem visualizar e atuar a partir de problemas reais, com condições de trabalho reais, adquirindo autonomia e assumindo crescentes responsabilidades em seu processo de formação profissional.

Nessa perspectiva de trabalho, o professor assume papel de facilitador e orientador do processo, incentivando e desafiando os alunos a superarem suas dificuldades e adquirirem crescimento pessoal e profissional (VENDRUS-COLO et al, 2016).

No Brasil, o artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988, dispõe que: “as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Nesse sentido, a extensão universitária constitui um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político que promove a interação transformadora entre a universidade e outros setores da sociedade.

A Extensão Universitária é uma via de mão-dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade de elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Além de instrumentalizadora deste processo dialético de teoria/ prática, a Extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a visão integrada do social (FORPROEX, 1987).

Dessa forma, a perspectiva da extensão universitária é a de satisfazer às necessidades da sociedade, resolver os problemas e atribuir melhorias a essas questões sociais, que é um dos objetivos e dever das universidades, contribuindo para a formação de profissionais que ultrapassem o conhecimento passivo, tornando-o ativo (SILVA & MENDOZA, 2020).

Dentre as variadas áreas de atuação profissional em saúde, os cuidados dispensados no processo de envelhecimento tem sido uma crescente, bem como a necessidade de formação de profissionais qualificados para atuarem nessa área, haja vista que atualmente, é observado um importante fenômeno mundial que ocorre em grandes proporções, que é o envelhecimento da população.

No Brasil, a modificação do perfil populacional vem acontecendo nos últimos 50 anos. Nesse contexto, segundo a Organização das Nações Unidas (2017) mais de 18% do total populacional de continentes como Ásia, América Latina e Oceania será constituído por maiores de 65 anos até o ano de 2050.

Tais mudanças exigem cada vez mais reflexões e um redirecionamento de ações a nível governamental e dos profissionais de saúde, pois essa transição demográfica envolve diversos impactos e desafios e demandas sociais e

de saúde, com repercussões tanto a nível individual, como para a sociedade como um todo.

O processo de envelhecimento ocasiona modificações de ordem bioquímicas, morfológicas e funcionais no organismo, deixando os idosos, em especial os sedentários, mais propensos a desenvolverem doenças crônicas, distúrbios musculoesqueléticos, limitação funcional e até mesmo quedas (ABDALA, JUNIOR BARBIERI e JUNIOR BUENO, 2017). Essas alterações advindas na terceira idade constituem uma das maiores preocupações por parte dos profissionais da saúde, visando proporcionar maior bem-estar e prevenção de agravos à saúde.

O Estatuto do Idoso – Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, em seu Art.15 cita que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Portanto, reconhece ao cidadão o direito ao envelhecimento, visando prestar atenção digna à essa parcela da população brasileira, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de garantir uma maior qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida, partindo de abordagens gerais ou holísticas, é multidimensional e surge a partir de perspectivas científicas sobre a influência dos aspectos sociais, individuais e ambientais na saúde e bem estar individual e coletivo (BUSS et. al, 2020).

Cada vez mais pesquisas na área da saúde concomitante à elaboração de políticas públicas tem contribuído para que a qualidade de vida ganhasse fundamentação

teórica e metodológica sempre convergindo para demandas específicas de promoção à saúde, como por exemplo, às relacionadas ao processo de envelhecimento humano (VASCONCELOS et al., 2020).

Na busca de favorecer o bem-estar e qualidade de vida do idoso, a Terapia Ocupacional objetiva inserir o idoso em atividades significativas, promovendo um envelhecimento ativo e integrado com a sociedade a partir da restauração de suas funções ocupacionais comprometidas por causas variadas, ressaltando ainda a importância da profissão na prevenção de doenças e na promoção e manutenção da saúde, garantindo maior autonomia e funcionalidade do idoso (NUNES, BATISTA & ALMEIDA 2021).

O terapeuta ocupacional se preocupa com a promoção e manutenção da saúde social e emocional do idoso, a fim de que ele possa identificar as qualidades e competências pessoais, a gerir suas emoções, expressar necessidades de forma eficaz, procurar ocupações e envolvimento social para apoiar a saúde e o bem-estar, desenvolver autoidentidade, além de fazer escolhas para melhorar a qualidade de vida (DE CARLO et al., 2020).

Tem-se como premissa profissional, que as ocupações são essenciais para a saúde, identidade, sentido de competência e pertencimento de uma pessoa, grupo ou população. Estas ocupações referem-se às atividades diárias que as pessoas realizam como indivíduos, em famílias e com comunidades para preencher o tempo e trazer sentido e propósito à vida. Incluem atividades que as pessoas precisam, querem e se espera que façam (WFOT, 2012; apud AOTA, 2020).

Nessa população, há necessidade por vezes de resignificação dessas tarefas, e a Terapia Ocupacional tem um papel fundamental nesse sentido por promover melhora na qualidade de vida, buscando inseri-los em atividades significativas, proporcionando um envelhecimento ativo e

integrado com a sociedade e o meio ambiente em que vivem.

O engajamento em ocupações, portanto, é um pilar central na Terapia Ocupacional, em que são avaliadas as capacidades física, cognitiva e psicossocial da pessoa idosa, com o propósito de envolvê-la no desempenho ocupacional, resultante da dinâmica entre o/a cliente, os seus contextos e ocupações, levando-se em consideração o que é mais significativo ou apresenta necessidade de ressignificação (BERNARDO, 2017).

Neste contexto de compreender e intervir nas mudanças ocupacionais que perpassam o processo de envelhecimento foi elaborado o projeto que aqui será descrito, buscando-se ressaltar os aspectos de importância da extensão universitária, tanto para a comunidade quanto para o processo de ensino-aprendizagem na formação de terapeutas ocupacionais.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir das vivências em um Projeto de Extensão da Universidade do Estado do Pará (UEPA), via Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) e apoiado pela Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisa (FAPESPA), desenvolvido durante o período de agosto de 2010 a abril de 2011, especificamente no espaço do Planetário do Pará Sebastião Sodré da Gama.

O projeto que embasou este relato foi intitulado “A melhor idade para ver as estrelas” e voltou-se para a promoção e melhoria da qualidade de vida da população idosa, através da abordagem grupal e do trabalho interdisciplinar. A divulgação do projeto deu-se através de material informativo na forma impressa, distribuído para a comunidade do entorno do Planetário do Pará, em pontos estratégicos como igrejas e centros comunitários.

Figura 1 - Boas-vindas ao projeto. Local: Planetário do Pará



Fonte: acervo dos autores (2011).

Participaram do projeto 60 idosos, do sexo masculino e feminino, com idade a partir de 60 anos, de diferentes níveis de escolaridade, estado civil, faixas etárias e condições socioeconômicas. Ressalta-se que a maioria dos idosos inscritos não participava de outras atividades grupais, não conheciam o espaço do Planetário do Pará, apesar de residirem no seu entorno e ainda pouco sabiam acerca da Terapia Ocupacional dentro do contexto de promoção da saúde e da qualidade de vida do idoso.

Antes de iniciarem as atividades grupais, houve um primeiro encontro para apresentação da equipe executante, composta por uma terapeuta ocupacional coordenadora e duas acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional, e da metodologia do projeto, abrangendo as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional no contexto da saúde do idoso. Em seguida, realizou-se um passeio pelo Planetário do Pará, a fim de incentivar a apropriação deste enquanto espaço de convivência, socialização e lazer.

Por fim, agendaram-se entrevistas individuais, em que foram realizadas a avaliação terapêutica ocupacional, através de um questionário semiestruturado de anamnese, elaborado pelas executoras e a aplicação do questionário “índice de Bem-Estar”, no intuito de conhecer o perfil, as limitações funcionais, a percepção dos idosos acerca da qualidade de vida e suas expectativas em relação ao projeto.

O total de participantes foi dividido em dois grupos de 30, conforme a ordem de inscrição no projeto, de modo que o primeiro grupo formado teve suas atividades desenvolvidas de agosto a dezembro e o segundo grupo, no período de janeiro a março. Para as intervenções, os grupos foram subdivididos em dois grupos de 15 idosos. As atividades grupais tiveram frequência de três vezes na semana, totalizando cerca de 30 encontros ao final dos três meses de execução de cada grupo.

As práticas terapêuticas ocupacionais desenvolvidas envolveram atividades de socialização, psicomotoras, cognitivas, construtivas, auto expressivas, técnicas de relaxamento e condicionamento físico. Dentre as práticas interdisciplinares, foram desenvolvidas oficinas de geração de renda e palestras educativas em saúde com a colaboração de profissionais das áreas de Psicologia, Nutrição, Química e Pedagogia, bem como aulas de astronomia e informática, ofertadas pela equipe do Planetário do Pará.

As atividades terapêuticas ocupacionais propostas tiveram como objetivos centrais: favorecer a socialização, estimular componentes psicomotores e aspectos cognitivos, propiciar a expressão de pensamentos e sentimentos relacionados ao processo de envelhecimento, oportunizar espaço de escuta e acolhimento às necessidades da população idosa e incentivar práticas de relaxamento e condicionamento físico.

Figura 2 - Atividade “Retalhos”- expressão de sentimentos



Fonte: acervo dos autores (2011).

Ainda no contexto de promoção da saúde e da qualidade de vida, as intervenções interdisciplinares objetivaram: possibilitar a geração de renda por meio de oficinas, contribuir para adoção de hábitos saudáveis de vida e para a alimentação balanceada na terceira idade, bem como proporcionar a inclusão digital e o acesso a noções básicas de informática e astronomia.

Logo abaixo, estão detalhadas as atividades desenvolvidas no projeto:

Quadro 1 - Atividades desenvolvidas pelo projeto “A melhor idade para ver as estrelas”.

Atividades	Descrição	Objetivos
Atividades de socialização	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de apresentação “teia” • Dinâmica de integração a partir da música “Como uma Onda no Mar, de Lulu Santos” • Correio da amizade • Visitação ao Complexo Feliz Lusitânia • Visitação ao Museu Emílio Goeldi e dinâmica “Com qual animal me identifico?” 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer a apresentação, a socialização e a integração dos participantes • Proporcionar o acolhimento de expectativas com relação ao projeto e favorecer o sentimento de grupo

<p>Atividades Psicomotoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dança livre com música, sozinho e em duplas • Brinquedo cantado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular componentes psicomo- tores e cognitivos, tais como coordenação motora, lateralidade, esquema corporal, ritmo, memória, atenção, criatividade
<p>Atividades de estimulação cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Eu fui à feira e comprei” • “História oral em grupo a partir de objetos cotidianos” • Gincana de jogos cognitivos • Construção de jogos cognitivos com material de baixo custo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular aspectos cognitivos como a memória, a atenção, a percepção visoespacial, a linguagem, o raciocínio lógico e matemático.
<p>Atividades construtivas e auto expressivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caixa de expectativas quanto ao projeto “o que estou buscando?” • Vivência de Teatro em grupo “qual é a minha maior dificuldade?” • Vivência em trio com o tema “Esvaziando o navio” • Desenho da silhueta em papel madeira • Corredor afetivo • Dinâmica da “Colcha de retalhos” promovida por profissionais de Psicologia. • “Correio da amizade” 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar a reflexão e a expressão de sentimentos relacionados ao processo de envelhecimento, mudanças no corpo, autoimagem e autoestima • Estimular a identificação e a integração do grupo • Favorecer o reforço da autoestima e da autoimagem • Oportunizar espaço de escuta e acolhimento • Estimular a construção de vínculos entre os participantes

Relaxamento e Condicionamento físico	<ul style="list-style-type: none"> • Alongamentos com bola, bambolê e/ou balão; • Exercícios de respiração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir tensões musculares, contribuir para o condicionamento físico, favorecer a melhora da postura, da flexibilidade e da amplitude dos movimentos, melhorando o desempenho.
Oficinas de geração de renda	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de sabonete líquido glicerinado, por acadêmicas de química da UEPA • Oficina de embalagem para presente com garrafa PET, por Pedagoga e educadora ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o reconhecimento de potenciais e habilidades • Favorecer a geração de renda
Atividades Educativas em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Palestra interativa sobre “alimentação saudável na terceira idade” e oficina de receitas saudáveis, por acadêmicos de Nutrição da UNAMA 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir para escolhas e adoção de hábitos saudáveis de vida • Contribuir para a alimentação balanceada na terceira idade
Aulas de Informática	<ul style="list-style-type: none"> • Aulas direcionadas ao público idoso no Infocentro do Planetário do Pará 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a inclusão digital • Oportunizar conhecimentos básicos de informática
Aulas de Astronomia	<ul style="list-style-type: none"> • Sessões de Cúpula no Planetário • Observação dos astros em espaços externos • Construção da luneta Galileiana • Confecção do sistema solar com bolas de isopor, arame e tintas 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o espaço do Planetário do Pará e a Cúpula de Projeção • Conhecer as constelações Boreais e Austrais • Conhecer a constituição do sistema solar, os principais planetas e visualizar o movimento dos planetas e do sol

Fonte: elaborado pelos autores (2011).

As atividades do projeto foram executadas, em sua maioria, no próprio espaço do Planetário do Pará. As intervenções terapêuticas ocupacionais ocorreram duas vezes na semana e com duração de uma hora e meia cada, contando periodicamente com a contribuição de outras áreas do conhecimento, de modo interdisciplinar, conforme o planejamento prévio e as demandas que emergiram durante os grupos.

Figura 3 - Aula de Astronomia com observação do céu.
Local: Forte do Presépio



Fonte: acervo dos autores (2011).

As aulas de informática ocorreram uma vez na semana, conduzidas respectivamente por profissionais do Infocentro e pelo Planetarista do Planetário do Pará, sendo redirecionadas especificamente para o público idoso, por meio da elaboração de um material impresso específico, sendo ministradas com conteúdos de forma teórico-prática. Oportunizou-se assim, a diminuição da infoexclusão, uma vez que muitos idosos não tiveram acesso ou não conseguiram acompanhar o surgimento das novas tecnologias.

Gerar o acesso do idoso à internet e ao uso do computador torna-se relevante, visto que a inclusão digital representa um processo que pode acarretar muitos benefi-

cios socioculturais e na integração social, o que motiva a novos aprendizados, levando o idoso a perceber que não há limites para se aprender nesta fase da vida (ALVARENGA; YASSUDA; CACHIONE, 2019).

Ainda foram proporcionadas aulas de astronomia uma vez por semana, duas atividades externas de visita-ção a pontos turísticos de Belém: Complexo Feliz Lusitânia e Museu Emílio Goeldi, sendo este deslocamento viabilizado pelo ônibus institucional da própria UEPA. Nessas ocasiões, propuseram-se atividades terapêuticas ocupacionais e de observação dos astros, esta última conduzida pelo Planetarista.

Figura 4 - Aula de Informática. Local: Infocentro



Fonte: acervo dos autores (2011).

Ao final dos três meses de acompanhamento de cada grupo, foi reaplicado o questionário de qualidade de vida, visando identificar possíveis mudanças na percepção da qualidade de vida dos participantes. O encerramento dos grupos contou com dinâmicas grupais e com a abertura do “correio da amizade”, onde todos os envolvidos no projeto foram incentivados, no decorrer dos encontros, a

depositarem cartinhas para quem desejassem, objetivando estimular a construção e o fortalecimento de vínculos.

RESULTADOS E IMPACTOS

O trabalho de divulgação das inscrições do Projeto extrapolou as fronteiras dos bairros no entorno do Planetário e alcançou repercussão na mídia de TV, rádio e jornal impresso e dessa forma alcançou em pouco tempo o número de sessenta inscritos, porém houve perda amostral por motivos de saúde, viagem e trabalho, o que impossibilitou alguns participantes de continuarem no programa, ficando um total de quarenta e dois participantes concludentes.

A repercussão midiática foi contínua ao longo do desenvolvimento do projeto, com a cobertura das atividades desenvolvidas e da divulgação em programas televisivos, reforçando a imagem positiva da Universidade do Estado do Pará junto à comunidade local.

A partir do cadastro dos participantes, foi dado início a fase de conhecer as características individuais e coletivas dos grupos por meio de um questionário de anamnese, que mapeou o perfil dos participantes com características multifatoriais que serão descritas nesta seção.

Conhecer o perfil dos participantes e dos grupos foi fundamental para a definição da linguagem e estabelecimento de uma comunicação efetiva e até mesmo para o desenvolvimento de estratégias de acolhimento, visando fortalecer a participação e o engajamento no grupo, a partir da observação das necessidades individuais e coletivas.

As práticas grupais apresentam estratégias com potencial significativo para a promoção de cuidado e as experiências evidenciam a identificação de potencialidades e habilidades de uma população pouco valorizada produtivamente na sociedade, de forma que o grupo se constitui como um espaço de ressignificação de vida, superação de

dificuldades cotidianas, aquisição de hábitos de vida saudáveis e favorecedor de um envelhecimento ativo (PRADO E CARDOSO, 2020).

Os grupos podem repercutir de forma positiva na saúde mental e física, prevenir incapacidades, e atuar como fator protetivo para déficit cognitivos e à saúde mental, além de contribuir para a qualidade de vida e reduzir a mortalidade (BERNARDO et al., 2021).

Os dados coletados foram organizados e descritos nos resultados em três grupos sendo: **Perfil Sociodemográfico, Perfil Socioeconômico e Percepção da Qualidade de Vida e Saúde.**

O **Perfil Sociodemográfico** dos 42 participantes que concluíram o programa, abrangeu os seguintes dados: gênero feminino (n=35) e masculino (n=7), na faixa etária de 60-70 anos de idade (n=35) e na faixa etária de 70-80 anos de idade (n=9). Quanto ao estado civil: solteiros (n=6), casados (n=14), divorciados (n=6), viúvos (n=14) e separados (n=20). Destes, com filhos (n=37) e não tiveram filhos (n=5). Portanto, a maioria dos participantes eram mulheres, na faixa etária de 60-70 anos de idade (n=35). Quanto ao estado civil, o número de separados foi a maioria (n=20), seguido pelo de casados (n=14) que se equiparou ao de viúvos (n=14). A maioria eram progenitores (n=35).

Em relação ao nível de escolaridade, constatou-se que participantes se declararam analfabetos (n=2), alguns tinham até no máximo quatro anos de estudo (n=11), o que correspondia ao nível fundamental completo (n=5) e incompleto (n=6); outros com escolaridade de até 8 anos de estudo, correspondente aos atuais ensino fundamental II completo (n=6) e incompleto (n=2); com mais de 8 anos de estudos (n=10) com ensino médio completo e (n=5) com nível médio incompleto, (n= 5) com superior completo e (n=1) com nível superior incompleto. Observa-se que tínhamos um grupo bastante heterogêneo quanto ao nível

de escolaridade, representado de forma quase equipara entre participantes com baixo nível de escolaridade (n=13), sendo de até quatro anos de estudo à participantes com um bom nível de escolaridade (n= 10) com ensino superior completo.

Quanto ao **Perfil Socioeconômico**, o grupo se configurou na seguinte representação: alguns idosos ainda estavam trabalhando (n=9) e outros, não (n=33). Do mesmo grupo de entrevistados constatou-se que a maioria (n=25) já estava aposentado e a minoria, não (n=16); 1 entrevistado não respondeu a este item. A renda familiar observada foi de 1 salário mínimo (n=09); 2 salários (n=11); 3 salários (n=05) ;4 salários (n=06); mais de 4 salários (n=10) e (n=1) não foi informada. Dessa população, alguns idosos não recebiam nenhum tipo de ajuda financeira da família (n=17) enquanto outros, sim (n=25). Quanto à moradia, os idosos se dividiram em residentes em casa própria (n=39) e residentes em casa alugada ou de terceiros (n=03). Foi possível observar que a maioria dos idosos não estavam mais exercendo atividade profissional, mas podia contar com ajuda financeira de terceiros. A faixa salarial mais evidente foi de 1 a 3 salários mínimos.

Para Atunes et al. (2018) em um estudo longitudinal em 2010 com idosos a partir de sessenta anos de idade e com sessenta anos de residência em São Paulo, que teve por objetivo conhecer a percepção de saúde dos participantes, demonstrou-se que a percepção de saúde é melhor em pessoas com maior nível de escolaridade (mais anos de estudo) em comparação às de menos anos de estudo. Da mesma forma, a percepção de saúde é melhor para as pessoas com vida laboral ativa e com maior renda mensal.

Quanto à **Percepção de Qualidade de Vida e Saúde** os dados revelaram a presença de comorbidades associadas e identificou-se dois grupos: o que apresentava doenças crônicas: HAS, Diabetes, Cardiopatias, Doenças

musculoesqueléticas, entre outras (n=35) e o de pessoas que não possuíam comorbidades (n=7). Em relação à percepção quanto ao aspecto cognitivo, os idosos referiram apresentar prejuízo na memória (n=30) ou não ter dificuldade para memorizar nomes, telefones, compromissos e outros (n=12).

Em relação ao sentimento de tristeza, a maioria (n=26) não sentia tristeza, ao contrário dos demais (n=16) que referiram sentir-se tristes e, por vezes, com vontade de chorar. O relacionamento familiar foi considerado pelos idosos como ótimo (n=18), **bom** (n=21), **regular** (n=01) e **insatisfatório** (n=02).

No que se refere à realização de atividades de lazer, a maioria referiu ter alguma atividade (n=41) e apenas um dos entrevistados disse que não realizava nenhuma atividade desta natureza. No que se refere à prática de atividade física, um número considerável de idosos (n=17) não realizava nenhuma atividade física, enquanto a maioria (n= 25) respondeu que tinham o hábito de realizar atividade física, dentre as quais: caminhada, hidroginástica, musculação, etc.

Nesse sentido, foi possível perceber que o número de participantes que possuíam doenças crônicas foi elevado, além da presença do sentimento de tristeza. Contudo havia um certo cuidado com a qualidade de vida na terceira idade dos idosos que participaram do projeto, visto que a maioria deles possuía o hábito de realizar atividades físicas e ter momentos de lazer, além de se dispor a participar de grupos de promoção à saúde.

Os dados encontrados nos questionários aplicados corroboram com os obtidos na pesquisa de Rebelo et. al (2021) que realizaram um estudo com idosos assistidos no Sistema Único de Saúde de uma cidade do nordeste brasileiro e identificaram que a maioria dos idosos participavam de algum grupo social e tinham atividades de

lazer, associando o convívio em um grupo social e práticas esportivas à uma melhor qualidade de vida.

Importante ainda ressaltar que às práticas terapêuticas ocupacionais e as intervenções interdisciplinares, tendo por parâmetro as avaliações iniciais e as experiências compartilhadas no decorrer das atividades propostas, impactaram no engajamento dos idosos. Sendo, portanto, sugestivas de uma ampliação da participação nas relações sociais, na estimulação e melhoria de suas habilidades físicas e cognitivas.

As novas rotinas ocupacionais propuseram uma retomada de atividades de lazer, diminuindo o sedentarismo, propiciando a troca de experiências, o que refletiu na manutenção da autoestima, na adoção de novos hábitos de vida mais saudáveis e no exercício da cidadania.

Sobre a participação em grupos, Leles, Carlos e Paulin (2018) destacam que a dificuldade de engajamento social na velhice provoca um aumento em casos de isolamentos e, por consequência, a diminuição de iniciativa para a procura de uma vida mais saudável e atuante na sociedade e que favorecer o engajamento social, possibilita a aprendizagem de novas atividades em grupo, contribuindo com a saúde física e mental, com a troca de experiências e a sensação de pertencimento.

As ações desenvolvidas pelo projeto de extensão “A Melhor Idade Para Ver As Estrelas” oportunizaram aos idosos vivências grupais e interdisciplinares dentro do próprio território. Observou-se que a maioria dos idosos participantes desconhecia o Planetário do Pará, pouco sabiam acerca da atuação da Terapia Ocupacional no contexto de saúde do idoso e não participavam de outras atividades grupais ou socializantes.

Considera-se que nesse cenário, houve uma aproximação entre Universidade e comunidade, de modo que a primeira pode desenvolver parte do seu papel social, com

ações concretas frente às necessidades de um determinado grupo e contexto social, em uma relação mutuamente benéfica.

Desta forma, entende-se que o projeto esteve em consonância com a concepção e as práticas das Diretrizes da Extensão na Educação Superior Brasileira, que preveem uma relação dialógica entre universidade e sociedade por meio da troca de conhecimentos, da participação e do contato com a complexidade das demandas contemporâneas do contexto social (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, a Política Nacional de Extensão Universitária, admite que as atividades de extensão universitária, além de permitirem o desenvolvimento da experiência dos alunos em termos teóricos e metodológicos, também promovem espaços para reafirmação e consolidação dos compromissos éticos e solidários da universidade pública brasileira (FORPROEX, 2012).

Ainda no contexto dos impactos na formação integral acadêmica, avalia-se que a oportunidade de integração com profissionais de diferentes áreas, a partir das atividades interdisciplinares junto com a Nutrição, Psicologia, Pedagogia, Astronomia e Informática, adicionou experiências valiosas, preparando as futuras profissionais para atuar em equipes e interagir com as diversas formações para atuar no contexto de saúde em geral.

Corroborando assim com Santana e Silva (2020), acerca da importância de aliar o conhecimento teórico às práticas interdisciplinares durante a formação em saúde, destacando as atividades extensionistas interdisciplinares como fundamentais para o enriquecimento da formação em saúde, tanto no nível teórico, quanto na perspectiva da interprofissionalidade.

As experiências no projeto de extensão “A melhor idade para ver as estrelas” motivaram a pesquisa e o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso das

acadêmicas executantes, onde objetivaram conhecer as mudanças sentidas e/ou praticadas nos cotidianos dos idosos participantes, após um ano da execução do projeto (BICHARA; MELO, 2011).

O estudo desenvolvido pelas acadêmicas identificou que o grupo terapêutico favoreceu a construção de novos vínculos de amizade e a formação de uma rede de apoio que se manteve após o término das intervenções, além de ter proporcionado o autoconhecimento e o reconhecimento de potencialidades e habilidades, repercutindo na elevação da autoestima. Neste cenário, a ressignificação dos cotidianos foi revelada através da maior participação social, da retomada de atividades significativas, do investimento em novas relações pessoais e do incremento de seus repertórios socioculturais (BICHARA; MELO, 2011).

Em relação aos impactos na comunidade, a utilização do espaço físico do Planetário do Pará para a realização das práticas grupais trouxe benefícios tanto para a instituição, quanto para os participantes, na medida em que houve uma apropriação do local pela comunidade e o reconhecimento deste enquanto espaço de lazer, socialização e ensino. Em contrapartida, as tecnologias especiais como o Planetário e a Cúpula de projeção, assim como as aulas teóricas e práticas de Astronomia, oportunizaram aos idosos novas vivências e aprendizados em ciência, educação e cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desse projeto de extensão universitária alcançou os seus objetivos nos diversos aspectos. Alcançou ainda o aspecto de facilitador do ensino-aprendizagem, uma vez que contribuiu com a formação crítico-reflexiva conforme as demandas da comunidade, incentivando a aprendizagem ativa por parte dos discentes estagiários e teve como resultado a produção científica a partir de contextos sociais reais.

A Terapia Ocupacional que historicamente é uma profissão engajada nas lutas sociais por direitos de igualdade, por meio desse projeto impactou de forma positiva na comunidade demonstrando sua potencialidade com arcabouço teórico-prático de abrangência biopsicossocial, possibilitando a promoção da justiça social.

A realização do projeto foi bastante desafiadora para o Terapeuta Ocupacional. Avalia-se que as diferentes atribuições pertinentes ao coordenador e executor em projetos de extensão, como: planejamento, execução, supervisão, acompanhamento e avaliação dos acadêmicos, bem como relatórios e prestação de contas, acabam limitando a participação mais efetiva deste nas diversas atividades que abrangem um projeto amplo, se fazendo necessária maior alocação de carga horária como adequação e incentivo.

Do mesmo modo, sendo as discentes participantes oriundas do quarto ano do curso por serem inseridas num contexto que exigia o conhecimento de diversas áreas, como: saúde, educação, economia, lazer, reabilitação e cidadania, devido à grande abrangência científica do projeto e seu enfoque interdisciplinar, requereu além dos conhecimentos prévios, o desenvolvimento de novas habilidades, competências e demanda de acompanhamento.

Em relação aos desafios para os acadêmicos, houve grande exigência de capacitação em diversas áreas do conhecimento, como saúde, educação, economia, lazer, reabilitação, cidadania, devido à grande abrangência científica do projeto e seu enfoque interdisciplinar.

No âmbito do impacto à comunidade, as intervenções oferecidas aos idosos fomentaram a participação social através do fortalecimento da rede de apoio e ampliação das redes sociais, a partir da troca de experiências, expressão de sentimentos e construção de vínculos afetivos. Além disso, potencializaram-se habilidades físicas e cognitivas e a melhoria na auto-estima, enfatizando-se

a adoção de hábitos de vida saudáveis e uma melhor qualidade de vida.

Ressalta-se que a repercussão do projeto, bem como a demanda advinda, revelou a carência de serviços na cidade de Belém voltados ao envelhecimento ativo que associe qualidade de vida e saúde.

Nesse sentido, espera-se ainda que esse trabalho possa corroborar com estudos posteriores relacionados a direcionar propostas de projetos de extensão universitária, a formação de profissionais de terapia ocupacional com um olhar direcionado a questões do envelhecimento, bem como sirva de subsídio para outros estudos retrospectivos e longitudinais com parâmetros sociodemográficos e socioeconômicos para essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA R. P., JUNIOR BARBIERI W., JUNIOR BUENO C. R. Padrão de marcha, prevalência de quedas e medo de cair em idosas ativas e sedentárias. **Revista Brasileira Med Esporte**. 2017; 23(1)

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, L. G.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades/USP, 2012.

ALVARENGA G. M. O; YASSUDA M. S.; CACHIONI M. Inclusão digital com tablets entre idosos: metodologia e impacto cognitivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 384-401, ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200209>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ANTUNES, J. L. F. *et al.* Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180010, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/>

kSbbMyXP35VSq94WzR9CyLp/?lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2022.

AUTONOMO, F. R.O.M. *et al.* A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. vol.39, n.2, 2015. p.316-327. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0316.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BERNARDO, L. D. *et al.* Activitycardsort e o repertório ocupacional de idosos: uma revisão integrativa da literatura. **CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL** [online]. 2021, v. 29, ed. 2130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2130>. Acesso em: 15 fev. 2022.

BERNARDO, L. (2017). **Revisão integrativa sobre o engajamento em ocupações de idosos com Alzheimer**. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO, 1(3), 386-405. Disponível em:

<https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto5484>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BICHARA, Ana Paula Souza; DE MELO, Thainá Rodrigues. **O grupo terapêutico ocupacional e a ressignificação do cotidiano na velhice**. 2011. 91 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2011.

BITENCOURT, G. A. M. *et al.* **Vivências em grupo com adolescentes na perspectiva da terapia ocupacional e da psicologia**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 2, p. 5987-6009, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2005. Disponí-

vel em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova do Plano Nacional da Educação – PNE 2014-2024 e dá providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, p. 49.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (12): p. 4723-4735. 2020. DOI: DOI: 10.1590/1413-812320202512.15902020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2022.

DE-CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado *et al.* **Di-retrizes para a assistência da terapia ocupacional na pandemia da COVID-19 e perspectivas pós-pandemia**. Medicina (Ribeirao Preto), Ribeirão Preto, v. 53, n. 3, p. 332-369, 2020. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v53i3p332-369. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/173471>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FORPROEX. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (2012). **Política Nacional de Extensão Universitária Manaus: MEC/SeSU**.

HAMMOND F. M., *et al.* Group therapy use and its impact on the outcomes of inpatient rehabilitation after traumatic brain injury: data from traumatic brain injury - practice based evidence project. **Archives of Physical and Medicine Rehabilitation**. vol 96, issue 8. S282-92.e5. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.029>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LELES, T.; CARLOS, M.; PAULIN, G. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, 2(2), 305-318. Disponível em: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto13587>. Acesso em: 20 fev. 2022.

NUNES, A. S., BATISTA, M. P. P., & ALMEIDA, M. H. M. (2021). Atuação de terapeutas ocupacionais com idosos frágeis. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 29, e2921. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2207>. Acesso em: 15 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. **Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável**. 2017. Disponível em: <https://na-coesunidas.org/cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 22 fev. 2022.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PRADO, A. P. C.; CARDOSO, C. L. Coordenação grupal em uma modalidade de cuidado: grupo comunitário de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 25, 21 set. 2020.

REBELO, F. L. *et al.* Perfil sócio-funcional de idosos assistidos pelo Sistema Único de Saúde de uma cidade do Nordeste Brasileiro. **Revista FisiSenectus**. v.9, Jan./Dez. 2021. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/fisisenectus/article/view/5828>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANTANA, D.; DA SILVA, M. A percepção de estudantes da área da saúde sobre o trabalho interdisciplinar: Expe-

riência no projeto de extensão Sorriso de Plantão. **Revista Brasileira de Extensão Universitária**, v. 11, n. 1, p. 13-24, 5 mar. 2020.

SILVA, M. F.; MENDOZA, C. C. G. A importância do ensino, pesquisa e extensão na formação do aluno do Ensino Superior. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 06, Vol. 08, pp. 119-133. Junho de 2020. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/pesquisa-e-extensao>. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/pesquisa-e-extensao. Acesso em: 03 mar. 2022.

SILVA, A. L. B. *et al.* A importância da Extensão Universitária na formação profissional: Projeto Canudos. **Revista Enfermagem UFPE** [online]. 2019; 13:ed. 242189 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242189/33602>. Acesso em: 19 fev. 2022.

VASCONCELOS, L. *et al.* Quality of life related to health: Dimensional analysis of the concept. **New Trends in Qualitative Research**, Oliveira de Azeméis, Portugal, v. 3, p. 226–238, 2020. DOI: 10.36367/ntqr.3.2020.226-238. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/160>. Acesso em: 20 fev. 2022.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v.21, n.9, 2016. p.2949-2960.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2949.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CAPÍTULO 2

TERAPIA OCUPACIONAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM CERVICALGIA E SEU COTIDIANO

*Elyenne de Nazaré Prazeres da Silva Alves
Ana Carolina de Souza Damasceno
Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde.
Ana Cláudia Martins e Martins*

INTRODUÇÃO

A região de coluna cervical é composta por sete vértebras que vão desde a base do crânio até a articulação com a região da coluna torácica. É projetada para suportar a força, estabilidade e comunicação dos impulsos cerebrais para o resto do corpo e por isso é considerada uma região de riscos para o desenvolvimento de uma série de condições dolorosas diante das condições biomecânicas existentes (MONTELO *et al.*, 2021).

As dores e os problemas musculoesqueléticos podem acometer grande parcela da população, sendo vasto o número de fatores que levam as pessoas a desenvolverem problemas de saúde relacionados à coluna, os quais quando não tratados tendem a se transformar em doenças crônicas. Estas levam as pessoas a limitação de suas atividades habituais e interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo (SANTOS; JOIA, 2018).

Nesse contexto, as disfunções na região cervical têm se tornado significativamente prevalentes na socieda-

de, principalmente no que diz respeito a cervicalgia crônica, considerada uma fonte comum de incapacidade na população economicamente ativa (JESUS-MORALEIDA *et al.*, 2017).

De acordo com Brum *et al.* (2020), a cervicalgia é caracterizada por dor ou desconforto na região anatômica do pescoço, podendo irradiar para a região dos membros superiores, sendo de etiologia variada.

Deste modo, a cervicalgia caracteriza-se como uma condição clínica com a presença de dor em músculos da cervical, pescoço, ombros, maxilar ou de músculos da cintura escapular como o trapézio, apresentando como maior prevalência em trabalhadores braçais, idosos, indivíduos sob tensão emocional ou que adotem vícios posturais (MONTELO *et al.*, 2021).

Em sua maioria, os casos de cervicalgia não apresentam malignidade, mas provocam forte impacto na vida dos indivíduos e da sociedade que chegam a desenvolver incapacidade temporária ou até permanente, a qual pode determinar o afastamento de atividade diárias (BRUM *et al.*, 2020).

Santos e Joia (2018) ressaltam que esta é uma doença na qual pode ser diagnosticada em diversos graus, podendo variar desde uma branda dor local, juntamente com fadiga, até uma dor mais intensa que limita os movimentos do sujeito.

Nesse sentido, a cervicalgia pode ser classificada do grau I ao IV, podendo haver ou não pequena interferência nas atividades da vida diária (grau I), com grande interferência nas atividades de vida diária (grau II), a dor pode ser acompanhada por sinais neurológicos (grau III), ou pode ter sinais de patologia estrutural mais grave (grau IV) (MONTELO *et al.*, 2021).

Esses desdobramentos da cervicalgia no cotidiano dos sujeitos tornam-se extremamente significativos, visto

que de acordo com Costa *et al.* (2019), o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD'S) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD'S), além dos papéis ocupacionais, são essenciais para que o indivíduo viva em um ambiente social, além de auxiliar a sobrevivência e a qualidade de vida.

Nas AVDs, são observados os comportamentos básicos e habituais de autocuidado, como a capacidade de alimentar-se, banhar-se e vestir-se, enquanto nas AIVDs, tarefas mais complexas e relacionadas à autonomia e participação social, como capacidade de realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte, são avaliadas (FARÍAS-ANTÚNEZ, 2018).

De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2020), as ocupações referem-se às atividades diárias que as pessoas realizam como indivíduos, em famílias e com comunidades para preencher tempo e trazer sentido e propósito à vida. As ocupações incluem atividades que as pessoas precisam, querem e se espera que façam.

Nesse contexto, ressalta-se que devido às características biológicas dos seres humanos, esses requerem o envolvimento em ocupações para crescer e prosperar, independentemente da idade e das capacidades; no exercício da ocupação, o ser humano expressa a totalidade do seu ser, a união mente-corpo-espírito. Assim, a humanidade é ocupacional por natureza (AOTA, 2020).

Deste modo, a terapia ocupacional desempenha um papel importante na reabilitação desses sujeitos, visto essa ser uma profissão que se baseia na relação positiva entre a ocupação e a saúde, na perspectiva do ser humano como um ser ocupacional, visualizando-o dentro do seu cotidiano e suas ocupações (AOTA, 2020).

A Terapia Ocupacional é uma prática que se propõem a observar e intervir na qualidade de vida do sujeito

cujo olhar se volta sobre o seu cotidiano, suas possibilidades de encontro consigo mesmo e com o outro, e com as atividades que realiza ou pode realizar, estendendo seu conhecimento sobre o sujeito ao seu pensar, fazer, e sua subjetividade (LIBERMAN, 1998).

De acordo com a resolução nº 316, de 19 de julho de 2006, considera-se que é função do Terapeuta Ocupacional operar com as capacidades de desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e que estas abrangem a mobilidade funcional, os cuidados pessoais, a comunicação funcional, dispositivos ambientais e a expressão sexual (COFFITO, s/d).

Ainda de acordo com esta resolução, considera-se que também é atribuição do Terapeuta Ocupacional operar com as capacidades de desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e que estas incluem a administração doméstica e capacidades para a vida em comunidade.

Para Galheigo (2003), a Terapia Ocupacional vai além da busca pelo treino de atividades de vida diária, a partir da atividade humana aprofunda seus princípios com o objetivo de promover a ressignificação do cotidiano, sendo este a compreensão que o próprio sujeito tem de aspectos de sua vida cotidiana, seja sobre a violência da sociedade, a participação em um grupo de lazer, até a representação que as pessoas têm de sua dor.

O terapeuta ocupacional possui uma compreensão integrada do indivíduo e pode direcionar sua intervenção não apenas à dimensão física, mas também às dimensões psicológica, ocupacional e social do indivíduo com cervicalgia e nível de estresse alterado (SASAKI *et al.*, 2019).

Dessa forma, a intervenção terapêutica ocupacional torna-se de extrema relevância com esse público, já que sujeitos com dores crônicas, instintivamente, reduzem

o seu corpo a um acessório secundário à dor, fazendo-se necessário uma abordagem com o corpo em todas as suas redes e complexidades, dos pés à cabeça, em toda e qualquer atividade (ALMEIDA, 2004).

Diante disso, como forma de intervenção da terapia ocupacional encontram-se os grupos terapêuticos com enfoque nas práticas corporais. A abordagem corporal sustenta-se em três pilares: Reconhecer o corpo, com e sem a dor por meio de procedimentos que envolvem o desenvolvimento e o resgate da consciência corporal; reeducação da utilização do corpo como maior e mais importante do que a dor; e redimensionar o cotidiano com a prática de atividades prazerosas e significativas voltadas tanto para reconstrução da autoestima quanto para promoção da autonomia à emancipação (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

Portanto, com este estudo, objetiva-se identificar as repercussões das intervenções terapêuticas ocupacionais corporais no desempenho ocupacional no cotidiano de pacientes com cervicalgia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo, baseada no método indutivo, a partir de pesquisa-intervenção por meio do atendimento em grupo.

A pesquisa desenvolveu-se com uma amostra constituída de 6 sujeitos com diagnóstico de cervicalgia, os quais estavam matriculados para reabilitação na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO) da Universidade do Estado do Pará.

Como critérios de inclusão delimitou-se adultos na faixa etária de dezoito a cinquenta e nove anos que apresentavam diagnóstico de cervicalgia e que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE.

Como critério de exclusão adotou-se sujeitos com idade inferior a dezoito anos e superior a cinquenta e nove, e que não estavam matriculados na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e não diagnosticados com cervicalgia.

Como instrumentos de pesquisa utilizou-se uma entrevista, segundo o modelo história oral temática, semiestruturada, na qual seguiu um roteiro abordando as temáticas de Cervicalgia e suas restrições e repercussões no cotidiano. Com este instrumento houve a flexibilidade de o entrevistado abrir novas possibilidades de assuntos dentro das temáticas abordadas, deixando-o falar livremente.

De acordo com Branco (2020), a história oral temática é um caminho metodológico no qual se constrói conhecimento sobre as questões estudadas por meio da escuta dos relatos orais. É uma metodologia aplicada em pesquisas qualitativas realizada pela aplicação de entrevistas gravadas com pessoas que vivenciaram os acontecimentos investigados.

As vivências também foram utilizadas como instrumento de coleta de dados, na qual proporcionaram experiências de práticas corporais que potencializaram a reflexão e expressão das situações de dor no cotidiano dos sujeitos.

Além disso, foi utilizado um diário de campo elaborado a partir das observações sistemáticas durante as vivências realizadas, contendo anotações, comentários e reflexões dos participantes que surgiram no grupo.

Por fim, também foi realizado o registro das falas, utilizando para isto um aparelho gravador, a fim de garantir melhor fidelidade e compreensão dos fatos, preservando, contudo, as identidades dos participantes.

A intervenção foi desenvolvida através de práticas corporais em grupo, proporcionadas através de vivências pelas diferentes atividades de consciência, expressão e

criação corporal e técnicas de relaxamento, como o relaxamento de Shultz e Jacobson.

Os dados coletados, obtidos por meio de respostas verbais de caráter subjetivo foram tratados qualitativamente, seguido de análise realizada através da técnica de análise de conteúdo.

A técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin, objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno do objeto de estudo. A análise dos dados coletados segue um processo rigoroso divididos em fases consecutivas sendo estas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados (SOUSA; SANTOS, 2020).

De acordo com Bardin (2011), em pesquisa qualitativa com análise dos resultados segundo o método de análise de conteúdo, os dados são analisados por meio da técnica de sistematização e categorização do comportamento verbal.

Deste modo, a análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, onde os depoimentos advindos das entrevistas e das exposições dialogadas dos grupos foram analisados a partir de uma leitura exaustiva do diário de campo e das entrevistas e categorizados em unidades temáticas, respeitando-se a individualidade e a especificidade de cada participante, a fim de melhor contemplação dos dados coletados.

A pesquisa foi realizada após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará, a qual foi aprovada com o número do parecer 1.004.937.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as unidades temáticas advindas da categorização dos comportamentos verbais dos sujeitos participantes, encontra-se a unidade Atividade de vida diária e ativida-

des instrumentais de vida diária, na qual foram abordados aspectos como atividades de sono, alimentação, atividades domésticas e lazer e a unidade temática de Papéis ocupacionais, na qual é constituída a partir de aspectos do engajamento ocupacional, ocupações e a interação social.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

AOTA (2020) identifica uma ampla gama de ocupações e entre elas estão as Atividades de Vida Diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Nas AVDs, são avaliados os comportamentos básicos e habituais de autocuidado, como a capacidade de tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal (FARÍAS-ANTÚNEZ, 2018).

Quanto a forma de expressão dessas atividades, alguns sujeitos se manifestaram da seguinte maneira:

“Eu era muito vaidosa, sinto falta dessa vaidade! Tenho medo de piorar” (R.R)

“Sinto muita dificuldade para dormir por causa da dor, é muita rigidez no pescoço” (P. S.).

“Por causa da dor, sinto dificuldades para me vestir e até para me coçar” (R.R).

“Sinto muita dificuldade para dormir e me vestir, por causa da dor” (M.S).

A partir destas afirmações, nota-se que as atividades de vida diária desses sujeitos encontram-se comprometidas pela dificuldade em desempenhá-las, causando insatisfação e angústia, pois, como afirma AOTA (2020), tais ocupações são centrais para a saúde, identidade e sentido de competência de um indivíduo e têm um significado e valor particular para ele.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária abrangem tarefas mais complexas e relacionadas à autonomia e participação social, como: a capacidade de realizar compras, preparar refeições, atender ao telefone e utilizar meios de transporte (AOTA, 2020).

Pelos depoimentos dos sujeitos participantes, foi possível perceber como essas incapacidades, decorrentes da cervicalgia, tem um impacto significativo na realização das atividades que compõe o seu cotidiano, como mostram os relatos a seguir:

“Deixei de cozinhar pra mim e para minha família, não dava mais conta. Parei também de me abaixar nos serviços de casa, são poucas as coisas que consigo fazer dentro da minha casa” (R.R).

“Depois da ressonância o médico me proibiu de trabalhar. Fiquei muito triste” (R.S).

“Por causa disso, não vou mais ao supermercado, porque não posso mais carregar as sacolas” (R.S).

“Antes eu comprava produtos para revender e ganhar meu dinheiro, hoje nem isso eu faço mais” (R.S).

Nota-se que estes relatos estão de acordo com a afirmação de Fariás-Antunez *et al.*, (2018) de que a incapacidade funcional na realização de alguma dessas atividades, além de prejudicar a vida social do indivíduo e implicar em transtornos para ele e sua família, inclui também a limitação da sua autonomia na realização das atividades cotidianas, redução da qualidade de vida e aumento do risco de dependência.

Segundo a Classificação de Independência Funcional, os componentes de funcionalidade referentes à atividade e à participação descrevem as atividades diárias desempenhadas pelo indivíduo e o envolvimento dele em

situações de vida. De acordo com esse modelo, o ambiente em que o indivíduo atua pode agir como facilitador ou como barreira para o seu desempenho funcional e social, devendo, portanto, ser considerado no processo terapêutico (BARBOSA, BORGES, GONTIJO, *et al.*, 2008). O que pode ser constatado nos seguintes relatos:

“Quando a gente tem um problema a nossa mente fica o tempo todo voltada pra isso e a gente não consegue viver em paz, bem” (R.S).

“Quando eu tô estressada, queria falar o que penso, mas não consigo, fico calada. Aí começa a me dar dor de cabeça, a me dar dor na costa e eu fico mais estressada ainda” (R.S).

“O estresse do dia a dia intensifica muito a tensão no meu pescoço. É nítida a diferença de dor de quando eu tenho um dia tranquilo pra quando eu tenho um dia estressante” (P.S).

“O meu marido se estressa na rua e traz pra dentro de casa. E isso me afeta” (R.S).

Como percebido através dos relatos, a dor é um fator psicofisiológico que influencia diretamente no cotidiano dos indivíduos, produzindo limitações nas atividades e restrições na participação que, nem sempre, são observadas com facilidade, situação que causa ansiedade para estes sujeitos. Entre estas tarefas, as principais são as Atividades de Vida Diária e as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

A dor confronta o ser humano com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitando sua capacidade de interação e convívio social, situações que diminuem consideravelmente sua qualidade de vida. Dentre as concepções relatadas, podemos destacar:

“Não posso sair muito. Também não viajo muito por causa do desconforto que sinto. E quando viajo, todo mundo sai, se diverte e eu não posso” (M.S).

“Gostava muito de sair para passear, mas agora não posso mais” (M.S).

Dellaroza, *et al.*, (2013) ratifica que a presença da dor crônica mostrou-se associada à pior capacidade funcional avaliada por meio das Atividades de Vida Diária Básica e Instrumentais e na mobilidade, como mostram as falas a seguir:

“Não deixei de fazer nenhuma atividade. Lavar a roupa, varrer casa, essas coisas sempre faço, mas a dor me acompanha em todas elas, constantemente” (M.S).

“Sinto dificuldade em fazer quase tudo, mas principalmente em lavar roupa, varrer casa e subir escadas” (M.B).

“Sinto muita dificuldade para dormir. Sou acostumada a dormir na rede, então essa dificuldade aumenta” (M.B).

“A dor atrapalha muito na hora em que vou me vestir. Até para andar sinto dificuldade” (M.B).

“Perdi a vontade de fazer muitas coisas por causa da dor: de ter atividades de lazer, não tenho mais vontade de ter vida sexual ativa, falta de apetite” (M.B).

Pode-se observar através dos relatos que os comprometimentos da cervicalgia apresentados pelos participantes variam de acordo com a intensidade, já que alguns sujeitos não deixaram de realizar suas atividades, porém executavam-nas com restrições e/ou dificuldades.

Nesse contexto, as habilidades para realização de AVD e AIVD podem apresentar-se de forma bastante diversificada. Um fator que influencia essas habilidades são as con-

dições de saúde e ambientais das demais pessoas da comunidade onde o indivíduo reside. Sabe-se que a autopercepção sobre capacidade funcional sofre influência de fatores sociais e psicoemocionais do indivíduo (DELLAROZA, 2013).

A promoção na realização de tarefas de vida diária tem sido, portanto, o principal objetivo almejado pelos terapeutas ocupacionais que, segundo AOTA (2020), se concentram no uso terapêutico de ocupações para promover a saúde, o bem-estar e a participação na vida.

Diante disto, após as intervenções realizadas, notou-se as contribuições do trabalho corporal realizado pelas pesquisadoras junto aos sujeitos afetados pela cervicalgia, descritas nos seguintes relatos:

“Hoje de manhã segui as instruções de vocês, fiz alongamento e fui caminhar. Me senti bem mais disposta pra fazer minhas atividades” (M.S).

“Todos os dias eu faço minha caminhada. Isso me faz muito bem. No começo eu me sentia muito ruim, muito cansada, parece que as minhas pernas iam cair. Mas depois que o meu corpo acostumou eu me sinto muito bem. Agora vou todo dia” (M.B).

“Se eu me alimentasse melhor, meu corpo seria melhor, eu teria mais disposição pra enfrentar meu dia corrido, meu corpo seria mais forte! Mas, depois dessa atividade, em que a gente tem maior consciência do que é bom pra gente, vou me policiar mais” (R.R.)

“Não sinto mais dificuldades para dormir, melhorou muito meu sono. Sinto que estou muito mais concentrada pra fazer minhas atividades em casa e também no trabalho” (R.R.).

Através dos relatos, nota-se que quando o indivíduo entra em contato com o próprio corpo e toma cons-

ciência de suas capacidades e limitações, é impulsionado a adotar novos hábitos, o que favorece uma melhora na qualidade de vida.

Neste contexto, os/as terapeutas ocupacionais reconhecem que a saúde é apoiada e mantida quando os/as clientes são capazes de se envolverem em casa, na escola, no local de trabalho e na vida comunitária. Assim, estes profissionais estão preocupados não só com as ocupações, mas também com a variedade de fatores que perturbam ou dão poder a essas ocupações e influenciam o envolvimento e a participação dos/as clientes em ocupações de promoção positiva da saúde (AOTA, 2020).

Desta forma, após as intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas durante a pesquisa com estes indivíduos que tiveram sua qualidade de vida prejudicada pela cervicalgia, puderam ser percebidas inúmeras ressignificações que estes sujeitos obtiveram em seu cotidiano e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

“É muito difícil mudar nossos hábitos, mas vou tentar dormir na cama e não na rede pra melhorar a postura” (M.B.).

“Antigamente eu tinha que me escorar pra trocar de roupa, pra tomar banho. Não conseguia fazer as coisas de casa e quando fazia era com muita dor. Hoje eu tô bem melhor. Já consigo trocar de roupa normalmente, sem ter que me segurar. E também as outras atividades de casa” (A.R.).

“Eu também aprendi a me levantar, porque antes eu me levantava bruscamente, o que me ocasionava muitas dores. Agora eu me levanto lentamente, por parte, e tô me sentindo bem melhor” (L.V.).

Diante o exposto, considera-se que a intervenção terapêutica ocupacional junto ao sujeito afetado pela cervicalgia é de fundamental importância para que o indivi-

duo possa compreender suas limitações e, com ajuda do profissional, encontrar estratégias de enfrentamento saudáveis para ressignificar suas atividades, seu dia a dia e seu cotidiano.

PAPÉIS OCUPACIONAIS

Os papéis ocupacionais são compreendidos como ações produtivas que organizam o comportamento e a rotina diária de uma pessoa, sendo que para exercê-lo faz-se necessário uma organização complexa, que se estabelece pelo convívio da pessoa em sociedade, o que culmina no decorrer do tempo, a internalização destes papéis por meio de atitudes e comportamentos que correspondem às expectativas sociais (NAVARRO; STOFELL; NICKEL, 2013).

A partir deste conhecimento, foi observado que desde o primeiro contato com os sujeitos participantes, muitas falas emergiram relatando os impactos da cervicalgia em seu cotidiano no que se refere à alteração de seus papéis ocupacionais, visto que, como afirma Dellaroza *et al.* (2013), algumas características da dor estão associadas a maiores déficits funcionais e incapacidade, o que pode acarretar alteração ou interrupção no desempenho dos papéis ocupacionais de indivíduos acometidos.

As falas a seguir ratificam estas colocações:

“Eu trabalhava muito, mas agora não consigo fazer quase nada, nem minha rede consigo lavar, choro muito por isso” (M. B.).

“Tive que parar de trabalhar por causa da doença, eu era educadora infantil” (M. S.).

“Eu participava de vários projetos voluntários e hoje já não participo mais, não tenho vontade e nem iniciativa” (P. S.).

Nota-se que as incapacidades advindas da cervicalgia influenciam a forma como estes sujeitos desempenham seu papel ocupacional, desenvolvendo um desequilíbrio

nas diversas áreas de desempenho ocupacional e restringindo suas ocupações.

Deste modo, com a ruptura do cotidiano há o afastamento do sujeito de um lugar por ele conquistado: poder aquisitivo, relações sociais, entre outros, por isso Luniere (2014) acrescenta que o papel assumido pelo trabalho ocupa lugar central na vida de muitos sujeitos, sendo um meio de sobrevivência, ao qual se aplica muito tempo, quando este papel sofre mudanças intensas pode gerar consequências para a saúde dos sujeitos. Como descrito nos seguintes relatos:

“Por enquanto agora só pego serviço leve, eu já fui do trabalho pesado, eu sou trabalhador, mas agora não dá mais, só que tenho que trabalhar, eu preciso” (A.R.).

“Eu trabalhava como autônoma, era vendedora, mas há 13 anos não dei mais conta, com a dor na coluna não conseguia fazer nada, aí tive que parar de trabalhar, agora dependo dos meus filhos” (L. V.).

De acordo com estes relatos pode-se observar que o trabalho é uma das ocupações que são atingidas em decorrência da cervicalgia, o que gera a perda de um importante papel ocupacional prejudicando a automanutenção, o sustento pessoal e familiar e a independência.

Este fato converge com a ideia de Fariás-Antunez (2018), o qual ressalta que os papéis ocupacionais são determinantes da produtividade e saúde humana, enquanto ser ativo associou-se a menor prevalência de incapacidade funcional.

É importante ressaltar que a produtividade humana não se restringe ao trabalho, essas ações produtivas referem-se aos papéis ocupacionais de uma pessoa ao longo da vida, compreendendo os papéis de estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico,

amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador, participante em organizações e outros, envolvendo o desempenho e a importância designada pelo sujeito a cada papel ocupacional (NAVARRO; STOFELL; NICKEL, 2013).

A perda desses papéis ocupacionais está enfatizada nas seguintes contribuições:

“Não tenho vontade nem de ter vida sexual” (M. B.).

“Sou uma pessoa isolada agora, deixei de ir na casa das minhas amigas, não vou mais nem no supermercado” (R. S.).

Diante desses relatos nota-se a perda de papéis ocupacionais relacionados à identidade social dos sujeitos, suas impossibilidades e dificuldades em manter o papel de amigo, doméstica, sexualidade comprometendo o convívio social e muitas vezes agravando o quadro já existente de cervicalgia, como descritos a seguir:

“Mudanças negativas nos relacionamentos principalmente em casa, brigo muito com meus filhos” (M. B.).

“Deixei de fazer minha atividade física, sempre fui vaidosa, sinto falta disso” (R. R.).

“Me estressa muito não poder cuidar da minha casa, porque não consigo fazer minhas coisas por causa da dor” (L. V.).

Nota-se que as ocupações, e conseqüentemente os papéis ocupacionais, são assumidos pelos sujeitos a partir de uma relação dinâmica entre sua capacidade de desempenho, sua habilidade de desenvolver e adotar hábitos, e sua motivação para assumir essas ocupações, seus interesses, valores e seu senso de efetividade no contexto no qual está inserido (NAVARRO; STOFELL; NICKEL, 2013).

Desta forma, observam-se as contribuições da Terapia Ocupacional junto a indivíduos que apresentam compro-

metimentos do desempenho de seus papéis ocupacionais, visto que, segundo AOTA (2020), os/as terapeutas ocupacionais reconhecem que para que as pessoas alcancem verdadeiramente a plena participação, significado e objetivo, devem não só ser funcionais, mas também envolver-se confortavelmente na sua combinação específica de contextos e, para isso, focam no uso das próprias ocupações para promover a saúde, o bem-estar e a participação na vida.

A partir disto, é notável as contribuições do trabalho realizado nesta pesquisa relacionadas ao desempenho dos papéis ocupacionais dos sujeitos participantes, os quais tiveram a oportunidade de resgatar e descobrir papéis esquecidos ou até mesmo desconhecidos devido às implicações da cervicalgia, como pode-se perceber nas falas a seguir:

“Ontem meus filhos saíram e eu aproveitei e tirei um tempo pra mim, pra fazer as coisas que gosto, fiquei bastante relaxada” (P. S.).

“Depois que comecei a vir pra cá e conversar com vocês, minhas dores já diminuíram bastante, já pensei até em lavar minha rede” (M. B.).

Nestes casos observa-se o resgate dos papéis ocupacionais de sujeitos como mantenedores de sua qualidade de vida, a possibilidade de resgatar a autonomia e independência que estavam ausentes em seu cotidiano anterior as intervenções terapêuticas ocupacionais corporais, as quais muitas vezes são vistas como ocupações corriqueiras sem muitos valores atribuídos, até o momento em que são impossibilitadas de serem realizadas.

Diante desta situação, é possível identificar a ideia de Salles e Matsukura (2015) na qual os terapeutas ocupacionais contribuem com os pacientes que perderam a possibilidade de participarem de ocupações, a descobrirem novas ocupações significativas e introduzir espaços

alternativos de encontro onde a socialização não demande esforço demasiado da pessoa.

O processo de intervenção terapêutico deve ser significativo para o paciente, o foco deve ser mantido na ocupação, e as atividades terapêuticas significativas para que sejam incorporadas na vida das pessoas de acordo com suas singularidades (SALLES; MATSUKURA, 2015).

Nesse sentido, os terapeutas ocupacionais utilizam o raciocínio profissional para ajudar os/as clientes a dar sentido à informação que estão a receber no processo de intervenção, descobrir significado e dar esperança, o que resultam em efetivação do desempenho ocupacional, da competência em papéis e da participação ativa dos indivíduos na vida diária (AOTA, 2020). Esta concepção é perceptível nas afirmações a seguir:

“Melhorei meu relacionamento com a família, já tinha pensado até em sair de casa” (M. B.).

“Tô vivendo melhor, conseguindo conversar com as pessoas, voltei a frequentar a igreja” (M. B.).

De acordo com estas afirmações, observa-se que a possibilidade de participação social destes indivíduos está diretamente ligada à efetivação do engajamento ocupacional, possibilitando o resgate de papéis ocupacionais significativos.

Desta forma, para facilitar este processo, faz parte das ações da Terapia Ocupacional levar os clientes envolvidos, com delicadeza, a um investimento afetivo, corporal e vincular para mergulhar no desconhecido e se fazer mais presente para viver e produzir acontecimentos, inventando modos de criar, de se comunicar, pesquisar e construir corpos (LIBERMAN, *et al.* 2017).

Ainda de acordo com a autora supracitada, ao cuidar de si, o sujeito, descobre um coletivo, uma dor que se

desindividualiza, uma alegria de não estar só. E nós descobrimos a alegria do depois do amor, do além da dor, que é a alegria da criação de si, depois que tudo desmoronou, e da criação de uma parcela pequena de mundo. Um novo mundo que se abre para que inventemos outras formas de vida possíveis.

As contribuições desta experimentação estão enfatizadas nos relatos a seguir:

“Eu só vivia deitada na rede, mas agora eu tirei isso, tenho muita disposição, agora tá tudo diferente, já fui até pro baile da saudade no sábado” (M. B.).

“Eu voltei a dedicar um tempo para minha neta, voltei a acompanhar minha família” (R. S.).

“Segui o conselho de vocês e voltei a fazer minhas caminhadas, agora vou todo dia” (M. B.).

A partir de práticas corporais em terapia ocupacional foi possível proporcionar aos sujeitos uma fuga da automatização de um papel ocupacional restringido diante das algias cervicais, resgatando o sentido e significado de suas ocupações e possibilitando o relacionamento consigo mesmo, com o outro e com o mundo. Como pode ser observado nos relatos:

“Hoje eu tô muito feliz, consegui um serviço, mas falei que tem que ser com calma, nos limites do meu corpo” (A. R.).

“Antes de vir pra cá eu vivia isolada, não queria falar com ninguém, a prisão tava dentro da minha cabeça, e o grupo me ajudou a levantar. Me devolveu o brilho no olhar” (R. S.).

“O grupo me ajudou bastante, as amizades, aquela expectativa de vir pro grupo todo dia, já fazia parte da minha rotina, vou sentir falta” (R. R.).

“Me sinto bem melhor, tanto que quero ser a miss caipira da festinha junina pra representar nosso grupo” (M. B.).

A partir das intervenções terapêuticas ocupacionais corporais, enfatizando o cotidiano dos pacientes com cervicalgia, foi possível favorecê-los como seres humanos práticos, ressaltando a importância de suas identidades ocupacionais a fim de contemplar uma vida saudável, produtiva e satisfatória, tendo a participação em ocupações significativas como meio e fim do processo terapêutico.

Diante disto, percebe-se a importância da participação dos sujeitos acometidos por disfunções físicas em intervenções da terapia ocupacional, já que esta tem como objetivo resgatar o significado e o sentido das ocupações e conseqüentemente ressignificar os papéis ocupacionais dos indivíduos.

CONCLUSÃO

A pesquisa proporcionou, por meio dos relatos dos participantes, a identificação dos comprometimentos ocasionados pela cervicalgia no cotidiano dos sujeitos, interferindo no desempenho ocupacional das atividades de vida diárias e instrumentais de vida diárias.

Ademais, evidenciou-se o impacto da restrição funcional e ocupacional nos diferentes aspectos da vida dos sujeitos afetados, prejudicando a qualidade de vida como um todo.

Sendo assim, a partir da intervenção terapêutica ocupacional utilizando como recurso terapêutico as práticas corporais, a pesquisa obteve como resultado a ressignificação do cotidiano dos sujeitos participantes, contribuindo na autonomia e independência na realização das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária e o resgate de papéis ocupacionais.

Portanto, pode-se comprovar a eficácia do trabalho corporal realizado pelo terapeuta ocupacional com esta clientela, como também a importância da terapia ocupacional no campo das práticas corporais.

REFERÊNCIAS

AOTA - Associação Americana de Terapia Ocupacional. **Enquadramento da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo**. 4 ed., 2020.

ALMEIDA, M. V. M. **Corpo e Arte em Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BARBOSA, A. P., BORGES, A. C. C., GONTIJO, A. P. B., *et al.* Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 8, Março de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/03.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

BRANCO, S. C. História oral: reflexões sobre aplicações e implicações. **Revista Novos Rumos Sociológicos**. vol. 8, nº 13, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/NORUS/issue/view/982>. Acesso em: 06 mar. 2022.

BRUM, M.C. F. M. *et al.* Efeitos do Stiper® no tratamento de cervicalgia em acadêmicos de odontologia: ensaio piloto. **BrJP**. São Paulo, v. 3, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/rr6vKB5Wr6kTNDZDsd-qQLxR/?lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CAVALCANTI, A. GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CONSELHO Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Definição de Terapia Ocupacional**. Disponível em: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=46. Acesso em: 07 mar. 2022.

COSTA, A. M; S. *et al.* O terapeuta ocupacional e o autocuidado em idosos: o olhar dos profissionais do centro de referência especializada da Universidade do Estado do Pará. In: NUNES, E. F. C.; TEIXEIRA, R. C. (org.). **Pesquisa em saúde: experiências do centro de saúde escola do marco**. Belém: EDUEPA, 2019.

DELLAROZA, M. S. G. *et al.* Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nn3pGR-Cs9xDxQxyZWjnYyNk/?lang=pt>. Acesso em 25 fev. 2022.

FARIAS-ANTUNES, S. *et al.* Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6r7GB-TByN3hwNWwXpcQN4Sr/abstract/?lang=pt>. Acesso em 05 mar. 2022.

GALHEIGO, Sandra Maria. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, dez. 2003. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13924/15742>. Acesso em: 02 fev. 2022.

JESUS-MORALEIDA, F. R. *et al.* Multidimensional features of pain in patients with chronic neck pain. **Fisiotera-**

pia em Movimento, v. 30, n. 3, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.AO15>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/cm9LMTJJjXmZrCHN-TXY6KVR/abstract/?lang=en#>. Acesso em: 27 fev. 2022.

LIBERMAN, F. **Danças em Terapia Ocupacional**. São Paulo: Summus, 1998.

LIBERMAN, F. *et al.* Práticas corporais e artísticas, aprendizagem inventiva e cuidado de si. **Revista de Psicologia**, São Paulo, v. 29, n. 2, mai./ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i2/2163>. Acesso em: 07 fev. 2022.

LUNIERE, J. M. F. **Modificação do desempenho e dos papéis ocupacionais de um trabalhador acidentado - um estudo de caso**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10386/6/2014_Julliana-MarquesFerreiraLuniere.pdf. Acesso em 12 fev. 2022.

MONTELO, E. S. *et al.* Efeitos da mobilização articular do conceito Mulligan na cervicalgia crônica em adultos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, 20 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6850.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6850/4455>. Acesso em: 27 fev. 2022.

NAVARRO, E. J.; STOFFEL, D. P.; NICKEL, R. A independência funcional e a manutenção dos papéis ocupacionais em sujeitos com sequelas neurológicas. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/34919/21673>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional na literatura de língua inglesa. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 23, São Carlos, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index>.

php/cadernos/article/view/928/598. Acesso em: 01 mar. 2022.

SANTOS, H. A.; JOIA, L. C. A liberação miofascial nos tratamentos de cervicalgia. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**, v. 03, n. 1, 2018. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/information/readers>. Acesso em: 27 fev. 2022.

SASAKI, A. K. *et al.* Efeitos de um programa de intervenção grupal de terapia ocupacional na dor, no desempenho ocupacional e na qualidade de vida de pacientes com lombalgia. In: NUNES, E. F. C.; TEIXEIRA, R. C. (org.). **Pesquisa em saúde: experiências do centro de saúde escola do marco**. Belém: EDUEPA, 2019.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, 2020. ISSN 2237-9444. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>. Acesso em: 06 mar. 2022.

CAPÍTULO 3

REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE MENTAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

*Ana Carolina de Souza Damasceno
Roberta de Oliveira Corrêa*

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde, também chamada de atenção básica, exerce papel fundamental no sistema único de saúde (SUS) brasileiro, funciona como principal porta de entrada de acesso aos serviços de assistência e coordenadora das redes de atenção à saúde da população (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Para o Ministério de Saúde Brasileiro, o primeiro nível de atenção à saúde é uma modalidade de atenção acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nos demais serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Dentre os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família encontra-se o agente comunitário de saúde (ACS), considerado um dos principais atores no processo de saúde da família visto que é uma categoria formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades, sendo o elo entre os serviços e a comunidade proporcionando a interlocução e a criação de vínculos mais facilmente (BRASIL, 2012).

Em meio a este conjunto de inovações tecnológicas e organizacionais propostas para reestruturação do modelo assistencial, a pauta trabalho e, conseqüentemente, a saúde para o trabalhador tornam-se elementos indispensáveis para a manutenção de condições dignas nos processos e ambientes de trabalho assim como na potencialização da vida dos trabalhadores (SOUZA; VIRGENS, 2013).

A Saúde do Trabalhador é parte integrante da Saúde Coletiva e constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças (COSTA *et al.*, 2013).

Como determinantes da saúde do trabalhador são compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais presentes nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Assim, mediante a agregação de serviços, tecnologias e métodos de trabalho há a intensificação do mesmo, o que modifica o perfil de adoecimento dos trabalhadores culminando em aumento da prevalência dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e o surgimento de outras formas de adoecimento, como o estresse, a fadiga e sofrimento mental relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

Diante disto, as condições de vida e trabalho têm relação estreita com a saúde do trabalhador devendo ser compreendida pelos seus respectivos processos organizacionais, visto que o trabalho acaba tornando-se um ambiente em que se define aspectos relacionados à qualidade de vida dos trabalhadores, os quais podem potencializar condições referentes ao processo saúde-doença.

Assim, faz-se pensar na realidade dos trabalhadores da área de saúde, em especial dos agentes comunitários de saúde e a necessidade de repensar a sua formação e prática para que o desgaste ocupacional não os conduza ao adoecimento, visto que esses têm papel primordial no contexto da atenção primária.

OBJETIVOS

Analisar as repercussões do processo de trabalho na saúde mental dos agentes comunitários de saúde de Águas Lindas.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir de abordagem quanti-quali, de caráter exploratório, utilizando a relação entre os métodos qualitativo e quantitativo de forma complementar, isto é, analisar as relações sociais em seus aspectos mais concretos e aprofundadas em seus significados mais essenciais.

Foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família (USF) Nova Águas Lindas no município de Ananindeua – Pará, a qual fica localizada na travessa Maranhão s/n no bairro de Águas Lindas no município de Ananindeua, e cobre quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), sendo essas: ESF Moara, ESF São Raimundo, ESF Nova Águas Lindas e ESF Palmeira do Açaí, com total de 15.750 pessoas cobertas pelos serviços ofertados.

A pesquisa foi constituída de 8 participantes, sendo estes dois profissionais Agentes Comunitários de Saúde de cada estratégia de saúde da família da Unidade de Saúde da Família Nova Águas Lindas, a fim de contemplar representantes de todas as quatro estratégias da unidade, estando exercendo o cargo no período de realização da pesquisa.

Como critérios de inclusão para participação na

pesquisa foram contemplados os profissionais agentes comunitários de saúde que atuavam no mínimo há seis meses na unidade de saúde da família nova águas lindas e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão consistiram em profissionais que não atuavam no cargo de agente comunitário de saúde, com tempo de atuação na unidade menor que seis meses e os que não aceitaram participar da pesquisa.

Em relação aos procedimentos éticos, a pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará, através da Plataforma Brasil, com o número do parecer 1.992.785.

O procedimento de coleta de dados ocorreu a partir da aplicação de uma entrevista semiestruturada para que fosse de conhecimento a percepção dos profissionais acerca do seu processo de trabalho, a qual foi registrada por gravação de áudio e posterior transcrição. Assim como o questionário *Self-Reporting Questionnaire* - SRQ-20 para identificar os impactos do processo de trabalho na saúde mental dos mesmos.

A entrevista semiestruturada foi elaborada pela pesquisadora, baseada nas perguntas de maior relevância dos testes “Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho” e “Escala de Custo Humano no Trabalho”, as quais fazem parte do protocolo de avaliação “Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento” (ITRA), elaborado por Ferreira e Mendes (2007), que está estruturado em quatro escalas interdependentes, as quais avaliam as dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento (BARROS, 2012).

Também foi realizado registro de falas dos participantes, utilizando para isto um aparelho gravador, a fim de garantir melhor fidelidade e compreensão dos fatos, preservando, contudo, as identidades dos participantes da pesquisa.

Os dados coletados foram quantificados e tratados

de forma qualitativa, favorecendo a submersão dos conteúdos subjetivos dos participantes, buscando reduzir a distância entre a teoria e os dados através da descrição e compreensão do contexto da situação.

Utilizou-se como técnica de análise dos dados o método Hermenêutico Dialético que segundo Minayo (2001) analisa as falas dos participantes atrelada ao seu contexto para melhor ser compreendida. Permitindo a possibilidade de interpretação dos sentidos que os sujeitos elaboram em seus discursos, e se combina à compreensão de tais sentidos face às contradições que lhes constituem, e ao seu contexto social e histórico, por meio da lógica dialética (CARDOSO *et al.*, 2013).

RESULTADOS

Em relação à entrevista semiestruturada, foram observadas percepções positivas e negativas dos participantes da pesquisa em relação aos questionamentos, no sentido de que a presença ou ausência dos aspectos interrogados impactaram positivamente ou negativamente em seu processo de trabalho. O respectivo panorama geral das percepções encontra-se na tabela a seguir:

Tabela 1 - Dados referentes às percepções obtidas pelos participantes na entrevista.

QUESTÕES	PERCEPÇÕES POSITIVAS	PERCEPÇÕES NEGATIVAS
Ritmo exigido pelo trabalho.	62,5%	37,5%
Organização e divisão de tarefas.	50%	50%
Integração dos profissionais.	50%	50%
Condições de trabalho.	12,5%	87,5%
Existência de riscos à segurança.	0%	100%
Esforço emocional e controle das emoções.	12,5%	87,5%

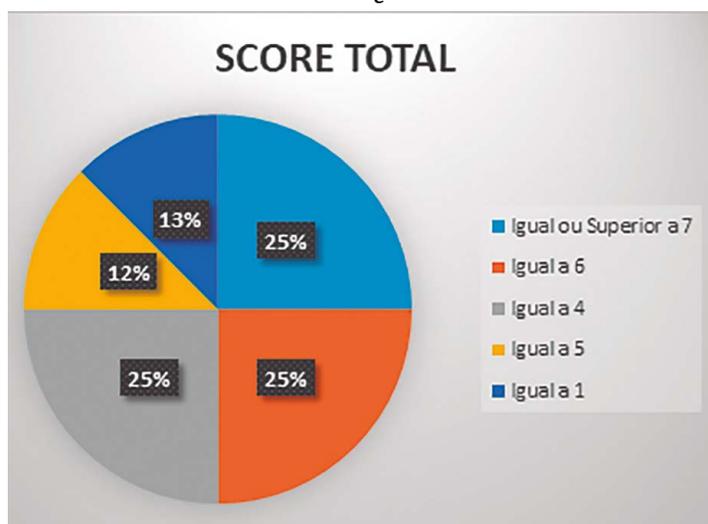
Resolução de problemas.	62,5%	37,5%
Lidar com imprevistos.	37,5%	62,5%
Esforço mental.	37,5%	62,5%

Fonte: pesquisa de campo.

O Self Report Questionnaire-20 foi aplicado com os 8 agentes comunitários de saúde da Unidade de Saúde da Família Nova Águas Lindas, onde abordava a presença de sinais e sintomas presentes nos últimos 30 dias, a presença dos mesmos era confirmada a partir de respostas positivas dos participantes, os quais apresentaram diferentes desempenhos no teste em questão, assim como uma variabilidade de sintomas.

Com relação ao score total obtido no teste, 25% dos participantes apresentaram pontuação superior ou igual a 7, score este indicativo de presença de sofrimento mental, 25% apresentaram score igual a 6 e igual a 4, 12, 5 % apresentou score igual a 5 e 1 pontos. Os respectivos dados estão apresentados no gráfico 01.

Gráfico 1 - Dados referentes ao score total obtido pelos participantes no SRQ-20.

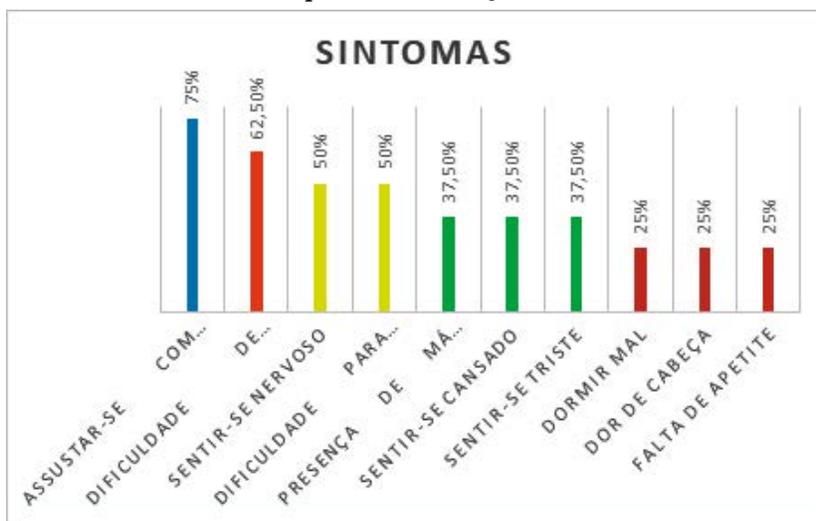


Fonte: pesquisa de campo.

Obeve-se uma média de 5,25 pontos entre os participantes, ou seja, os mesmos apresentaram aproximadamente 5 respostas positivas para a presença de sintomas, o que, de acordo com o teste, não caracteriza sofrimento mental.

No que se refere aos sintomas, o item de maior presença de resposta positiva foi “assustar-se com facilidade”, estando presente em 75% dos participantes, seguido por “dificuldade de pensar com clareza” (62,5%), “sentir-se nervoso” (50%), “dificuldade para tomar decisões” (50%), “presença de má digestão”, “sentir-se cansado” e “sentir-se triste” (37,5%), “dormir mal”, “dor de cabeça” e “falta de apetite” (25%). Os respectivos dados estão apresentados no gráfico 02.

Gráfico 2 - Dados referentes aos sintomas apresentados pelos participantes no SRQ-20.



Fonte: pesquisa de campo.

Diante dos dados obtidos a partir dos instrumentos de pesquisa, foi possível observar a presença de estruturas relevantes nos discursos dos participantes, assim como foram elencadas duas categorias específicas: 1) Processo de Trabalho; 2) Repercussões Psicoemocionais.

As categorias foram analisadas seguindo os princípios dos objetivos propostos nesta pesquisa, visando respondê-los na perspectiva de cada categoria específica, como apresenta-se na tabela 02.

Tabela 2 - Dados referentes às categorias de análise dos dados.

CATEGORIAS	ESTRUTURAS RELEVANTES
Processo de Trabalho	Ritmo de trabalho
	Divisão de tarefas
	Escassez de profissionais
	Ambiente de trabalho
	Equipamentos e materiais
	Estratégias de improviso
	Segurança
Repercussões Psicoemocionais	Esforço e desgaste emocional
	Controle emocional
	Estratégias de enfrentamento
	Resolução de problemas

Fonte: pesquisa de campo.

DISCUSSÃO

PROCESSO DE TRABALHO

Um importante pressuposto existente no campo da saúde do trabalhador é aquele segundo o qual o trabalhador é visto como sujeito do conhecimento a respeito do seu próprio trabalho, onde o mesmo deixa de ocupar a posição de objeto de estudo para ocupar a posição de sujeito do conhecimento a respeito das mudanças necessárias nos ambientes laborais de modo a se promover saúde (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

Neste sentido, a partir da percepção dos trabalhadores, destacam-se múltiplos aspectos relacionados ao processo de trabalho, tanto referente à organização quanto às condições de trabalho.

A organização do trabalho, segundo Marques *et al.* (2015), é expressa pela divisão do trabalho, isto é, tarefas a serem realizadas, regras e condutas, além de prazos a serem executados, os quais configuram-se como fatores que podem influenciar causas de estresse, alterar a autoestima e motivação dos profissionais.

A intensidade do ritmo de trabalho foi um aspecto de importante destaque por todos os profissionais agentes comunitários de saúde participantes, sendo ritmo de trabalho conceituado por Leal e Teixeira (2010) como o encadeamento e cadências, mais rápidas ou lentas, mais fortes ou fracas, das atividades realizadas pelo profissional, no decorrer de períodos temporais destinados à realização de seu trabalho.

Diante disto, foi exposto pelos participantes percepções sobre seu ritmo de trabalho como:

“Eu considero num ritmo gradual, porque como é um trabalho em conjunto nem todo mundo está no mesmo ritmo, então aos poucos as pessoas vão se adaptando a um ritmo só e aí o trabalho segue” (A.S.).

“Bom! o ritmo depende muito do momento, mas geralmente é acelerado exige competência, agilidade, muitas vezes [...]” (A.P.).

A partir dessas percepções nota-se que o ritmo de trabalho tem repercussões individuais, variando conforme o sujeito envolvido, mesmo que integrantes da mesma categoria profissional, a qual também pode implicar na intensificação do ritmo de trabalho.

Sobre isto, Marques *et al.* (2015) enfatiza que no contexto dos profissionais de saúde, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família houve a reavaliação das técnicas, valores e conhecimentos de cada um, exigindo maior complexidade das ações a serem desenvolvidas na busca do bem-estar biopsicossocial do usuário, como pode ser observado no depoimento a seguir:

“Já que é estratégia, no momento em que eles abriram como estratégia era pra eles terem botado tudo que era preciso dentro de uma estratégia e não é assim que acontece, aí acaba influenciando o ritmo de nosso trabalho” (A.G.).

Pelos depoimentos dos participantes é possível perceber que os profissionais de saúde têm suas peculiaridades quanto ao ritmo de trabalho devido às tarefas e atividades desempenhadas pelos mesmos, pois como enfatiza Barbosa *et al.* (2009) as atividades dos profissionais de saúde são intensamente cansativas, devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas. Como pode ser constatado nas seguintes falas:

“[...] então exige sim que a gente tenha um ritmo bem acelerado. Existe muita cobrança e às vezes a gente fica de mãos atadas também porque não depende só da gente, e eles não entendem isso, então esse ritmo é mais acelerado” (A.P.).

“[...] o tanto de gente que tinha quando eu entrei. Eram 7 (Agentes de saúde), mas tem que ir levando, é claro que algumas coisas ficam atrasadas, áreas ficam descobertas, quem tá há mais tempo sente o ritmo, sente a carga” (G.T.).

A intensificação do trabalho gera diferentes consequências, tanto para a qualidade do desempenho nas tarefas como para a saúde do próprio trabalhador, como afirmam Pina e Stotz (2014) em que o trabalho intenso conforma um sofrimento relacionado a um conflito entre as expectativas por fazer bem o trabalho e as exigências de regras que restringem o tempo, aumentam o volume e a sobreposição de tarefas, além de sua maior complexidade.

Esta situação também pode ser percebida a partir dos resultados do *Self Report Questionnaire*, onde a maio-

ria dos participantes (62,5 %) responderam ter dificuldade de pensar com clareza, assim como dificuldades para tomar decisões, situações estas que dificultam o desempenho profissional, assim como podem influenciar o contexto pessoal do sujeito, demonstrando uma relação tênue entre a intensificação do trabalho e saúde do trabalhador, situação a qual segundo Pina e Stotz (2014) configura-se como uma problemática contemporânea de abrangência global.

A divisão de tarefas é outro aspecto de destaque nos relatos dos participantes, onde se sobressaem percepções divergentes devido cada equipe da estratégia de saúde da família ter sua própria forma de organização partir das funções a serem desempenhadas, mesmo estas sendo comuns a todas as equipes, diferenciando apenas as funções específicas de cada categoria profissional. Como mostra os relatos a seguir:

“Nossa divisão é adequada, porque cada um desempenha uma função dentro da sala, uns digitam a produção, outros fazem algumas outras funções, é cada um fazendo um trabalho. Conseguimos sentar para fazer essa organização” (A.S).

“É assim, na minha opinião, muitas vezes sim, muitas vezes não, [...] nem sempre é dividido realmente, as vezes fica só pra um, uma pessoa fica, são coisas que parecem básicas, mas não são, então nem sempre é tão dividido” (A.P).

“É a organização tem a hierarquia, nós os ACS, os enfermeiros e a gerente, no começo não foi me explicado assim, mas depois eu fui entendendo com o tempo, no papel é bem bonito, mas não funciona muito bem a organização, pelo menos na minha equipe, então acho que a organização e a divisão tá muito no papel e na realidade precisa ser melhorada” (G.T.).

A realidade expressa nas falas ratifica a afirmação de Marques *et al.* (2015) onde para ele há uma manutenção do sistema taylorista na administração e gestão do trabalho da atualidade, caracterizado pela repetição de tarefas, divisão entre quem elabora e efetua o trabalho, cobrança por resultados e obstáculos de interações socio-profissionais.

Nota-se importante repercussão da divisão das tarefas na organização do trabalho, evidenciando diferentes níveis de participação coletiva dos trabalhadores em suas equipes de trabalho, podendo ocasionar sobrecarga profissional e prejuízo na qualidade do desempenho das funções.

Marques *et al.* (2015) acrescenta que no contexto dos profissionais da saúde, esta é uma condição que impossibilita a construção de atividades inovadoras, voltadas para o conjunto de ações de prevenção e eliminação de riscos e agravos da saúde da população.

A escassez de profissionais componentes das equipes também foi outro fator ressaltado pelos participantes como motivo de dificuldade para a organização do trabalho, não só na categoria de agente comunitário de saúde como nas outras categorias profissionais pertencentes às equipes de saúde da família, culminando em situações de incompatibilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

Diante disto, ressalta-se as contribuições de Dejours e Abdoucheli (2012) os quais enfatizam que o trabalho prescrito é o trabalho programado (normalmente procedimentado), já o trabalho real é o efetivamente realizado pelos trabalhadores, sendo a divergência entre ele um potente fator de desgaste mental no trabalho. Como é referido nas seguintes falas:

“Nós éramos cinco acs e estamos em três, então somos duas áreas descobertas, en-

tão muitas vezes a gente tem que cobrir a área do colega, uma pessoa fica com essas duas áreas às vezes, e os pacientes não entendem isso” (A.P).

“Como saiu alguns trabalhadores, então tá sobrecarregando os agentes de saúde, eu particularmente que tenho que cobrir áreas que não é minha obrigação, [...] ficou um pouco sobrecarregado sim, eu faço mesmo sobrecarregado” (S.S.).

“Tem aí a falta de profissional, então você acaba fazendo funções que deveriam ser outros profissionais, na minha equipe algumas coisas ficaram a desejar, algumas coisas que não é função nossa, mas a gente tá acabando fazendo, então eu não percebo uma organização nessa divisão, a gente faz algumas coisas que é pedido pela nossa coordenadora enfermeira, mas eu vejo que não pertence à gente” (R.S.).

Estes relatos corroboram com os estudos de Viana *et al.* (2016) onde foi evidenciado que o desvio de função é uma das consequências da falta de contratação profissional, ficando evidente que a demanda exacerbada de atividades executada pelo profissional da saúde no seu cotidiano laboral, é agravada pela falta de profissionais e pelo grande absenteísmo dos que compõem as equipes de Saúde da Família.

Oliveira Junior *et al.* (2013) acrescenta que a escassez de profissionais é um dos principais problemas que dificulta a execução dos serviços nas unidades de saúde da família, podendo apresentar dificuldades em promover uma assistência integral à saúde dos usuários da área de cobertura para a qual foram destinados.

Além disso, Maissiat *et al.* (2015) acrescentam que a pressão para cumprimentos dos prazos, a cobrança por resultados, número insuficiente de pessoas para realizar

as atividades, tarefas repetitivas, ritmo de trabalho acelerado entre outros, são aspectos determinantes para o sofrimento mental do trabalhador.

Esta situação também pode ser observada a partir das repostas dos participantes no SRQ-20, onde 37,5% dos profissionais referiram apresentar episódios frequentes de cansaço e tristeza, o que corrobora com a ideia de Dejours e Abdoucheli (2012) de que a organização do trabalho atua a nível do funcionamento psíquico do trabalhador.

O processo de trabalho referente às condições de trabalho também foi alvo de queixas nos relatos dos participantes, aspecto o qual recebeu percepções negativas no que condiz à qualidade do ambiente de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis para realizar as atividades laborais, sendo comum aos participantes de todas as equipes de trabalho. Como é demonstrado a seguir:

“Na maior parte das vezes mesmo quando a gente não possui material a gente tenta dar um jeito, agora é claro, EPI’s, alguns equipamentos que faltam não têm como a gente substituir, a gente acaba trabalhando sem” (A.S.).

“Eu avalio que o nosso ambiente físico não é bom, porque falta muita coisa e material falta muito, ultimamente então está faltando impressos, impressos para nós podermos trabalhar” (A.G.).

“EPI não tem, ficou apenas na promessa, eu recebi apenas a camisa do agente comunitário de saúde, (...) prometeram calça também, quando a gente fez o curso, prometeram bota, mas isso não chegou, caneta essas coisas eu utilizo as minhas” (S.S.).

“Em relação a outros lugares aqui até que é um lugar bom, porque tem muitos lugares que a pessoa tá no cantinho aí tá tudo quebrado, não tem bebedouro, não tem

nem papel pra escrever, aqui tem equipes assim, a sala toda pingando, quando chove enche tudo de água, tem várias equipes assim” (R.S.).

Observa-se dificuldade dos profissionais em relação ao seu contexto de trabalho, adotando papel de fator determinante na operacionalização do trabalho, o que enfatiza a afirmação de Oliveira Junior *et al.* (2013) na qual há necessidade de aprimoramento das características físico-estruturais, obtenção de equipamentos e materiais para a realização das práticas em saúde no âmbito das estratégias de saúde da família.

Além disto, as percepções dos participantes ratificam o estudo de Simões e Freitas (2016) o qual aponta a estrutura física como um dos desafios a serem enfrentados pela Atenção Básica, sendo esta a realidade de muitas unidades de saúde da família, revelando distância das condições ideais e idealizadas para o desenvolvimento das atividades em saúde.

Maissiat *et al.* (2015) acrescenta que ainda é possível inferir que frente às exigências muitas vezes vivenciadas na discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o trabalhador adota estratégias de defesa que visa dissociar o trabalhador da vivência de sofrimento para seguir trabalhando. Algumas das estratégias adotadas pelos participantes pode-se conferir nos seguintes relatos:

“Tudo quanto é impresso pra podermos trabalhar a nossa coordenação leva pra tirar xerox, a nossa médica leva pra tirar xerox, é assim a gente improvisa porque não tem, pra não ter que fechar a estratégia a gente sempre improvisa” (A.G.).

“Olha antigamente era uma casa, a gente reunia debaixo de uma árvore, os instrumentos de trabalho não têm, a gente compra, faz coleta, compra folha, pra não parar

a gente vai se ajudando, já tiramos dinheiro do nosso bolso pra fazer cartão pro paciente, é assim que funciona” (W.S.).

Além das dificuldades nas condições de trabalho, foram ressaltados os riscos advindos das mesmas, tanto para os profissionais, como para os usuários do serviço, pois como afirma Marques *et al.* (2015) condições precárias de trabalho, ambiente físico sem infraestrutura e falta de equipamentos de segurança podem desencadear riscos de acidentes sem as devidas medidas de proteção. Como pode-se perceber nas falas a seguir:

“Traz sim, muito risco, pra nós e pra comunidade, não tem receita, a diretora pega um papel qualquer e faz receituário e manda para as farmácias e eles não atendem o usuário porque não tem o material, aí compromete a saúde, que muita gente vem questionar sobre isso” (R.S.).

“Existe risco sim, porque se uma pessoa que vem pra fazer uma matrícula e não consegue fazer sua matrícula, não consegue uma consulta, se ela tá começando o problema vai se agravar, porque ela não consegue um atendimento, vai adoecer e pode chegar até um óbito precisando daquela medicação né, com certeza vai trazer consequências né, vai prejudicar sim e muito o usuário” (S.S.).

É possível observar que alguns participantes, em sua maioria, levam de imediato em consideração a estrutura física em si da unidade de saúde da família, ambiente de trabalho da equipe, embora deva ser considerado também o território de atuação dos profissionais, a própria comunidade.

Neste contexto, Simões e Freitas (2016) enfatiza que o processo de trabalho revelado pelos profissionais de saúde da família é caracterizado, também, pelo enfrenta-

mento das situações de importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, como o tráfico de drogas, a pobreza e o saneamento básico ineficiente.

No entanto, essas queixas não constituem problemas que impeçam a execução de suas atividades, logo, se transformam em necessidades que precisam ser enfrentadas pelos trabalhadores, incorporando no processo de trabalho da equipe. Este fato pode ser observado nos relatos a seguir:

“A gente corre muito risco de assalto, porque é área vermelha, nós trabalhamos aqui sempre com medo, todos os profissionais aqui dentro trabalham com medo, a nossa área é de risco, principalmente à tarde que diminui o fluxo de pacientes, que a maioria dos atendimentos são pela manhã, a tarde são poucos e aí a gente corre mais risco ainda em tudo” (A.G.).

“[...] aí vou pra área, mas não dá pra ficar até tarde, pela situação de risco que a área tem, situação de lama e a gente não tem os equipamentos necessários pra trabalhar né, mas o risco maior é enquanto segurança mesmo, segurança física, você fica à mercê, você não tem material humano que te dê uma segurança, a gente acaba vindo trabalhar, mas a qualquer momento a gente tá à mercê dessa insegurança” (T.L.).

As falas dos participantes ratificam a ideia de Simões e Freitas (2016), onde a precariedade das condições de trabalho no âmbito da estrutura física assim como o contexto no qual estão inseridos dificulta as atividades laborais cotidianas.

Este fato também é possível de ser observado a partir dos resultados do SRQ-20, onde a pergunta relacionada a assustar-se com facilidade foi a questão de maior presença entre os participantes, onde 90% afirmaram a presença desta situação em seu cotidiano.

Diante do exposto pelas percepções dos participantes sobre seu respectivo processo de trabalho, revelam-no de extrema importância para a qualidade da execução das práticas do trabalho em saúde, podendo não só as inviabilizá-las, como também ocasionar sobrecarga ao trabalhador e sua saúde mental.

REPERCUSSÕES PSICOEMOCIONAIS

Consoante as premissas de Dejours, o trabalho é central na vida das pessoas como operador de identidade e como importante ativador na realização de si mesmo, o trabalho é um gerador de saúde ou, o inverso, um constrangimento patogênico (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015).

Diante disto, ressalta-se o contexto de trabalho das estratégias de saúde da família, o qual soma-se ao desajuste e a carência de recursos indispensáveis para o curso das atividades laborais, o que causa ônus humanos, tanto psicofísicos quanto afetivos, referente ao empenho produzido para no cuidado dos usuários (MARQUES *et al.*, 2015).

Dentre as diferentes repercussões possíveis à saúde dos agentes comunitários de saúde o esforço e desgaste emocional foram aspectos de extrema relevância nas percepções dos participantes, como podemos perceber nos relatos a seguir:

“Com certeza exige controle emocional, porque se a gente não agir né, pensando racionalmente, muitas vezes a gente age por impulso e acaba atrapalhando outras pessoas, então tem que ser bem racional antes do emocional” (A.S.).

“Nas minhas visitas conheço muitas casas e casos, alguns exemplos me deixa mal, entendeu, porque às vezes tu não pode se envolver tanto, então tem que ter aquele

controle até pra tu não levar pra tua casa e não ficar mal” (A.P.).

“Ah exige muito, é complicado porque a gente tenta fazer o máximo que a gente pode

(...) já ouvi que agente de saúde não faz nada, enfim tu tem que te controlar porque brigar não adianta, eu fico um pouco chateada, porque eu sou assim afeta um pouco, o meu afeta” (G.T.).

“Com certeza exige controle emocional, você adocece no serviço, eu já adoeci várias vezes, faço até tratamentos, mas porque você lida com pessoas que já vem doentes, que já vem com problemas e aí elas não vão te tratar bem, [...] e eles querem descontar em alguém, então quem tá aqui na frente é o primeiro a apanhar, e exige sim o emocional, fora também quanto às mazelas da sociedade quando você vai pra área que o você vê ...” (R.S.).

Diante dos relatos percebemos o quanto a peculiaridade do processo de trabalho do agente comunitário de saúde influencia no estado psicoemocional dos profissionais, exigindo controle emocional não só diante das condições de trabalho como também do próprio modo de desenvolver suas atividades prescritas influenciadas pelas relações humanas com a população e o contexto a qual estão inseridas.

Rocha, Souza e Teixeira (2015), afirmam que o trabalho jamais é neutro e pode levar o sujeito a uma descompensação, onde as situações de trabalho mobilizam processos subjetivos e intersubjetivos.

Além disto, para Dejours (2004) quando em seu contexto laboral, o sujeito experiencia a sobreposição das vivências de sofrimento e de prazer, a longo prazo, este contexto pode vir a tornar-se produtor de desgaste emocional, ficando o homem passível de adoecer pelo trabalho.

Pina e Stotz (2014) acrescentam que o auto investimento na busca de gratificação pelo trabalhador pode gerar um sofrimento mental, visto que requisita uma intensa mobilização psíquica, podendo ocasionar o adoecimento. Entendendo-se o adoecimento no sentido mais amplo, não apenas as doenças como também os diversos problemas de saúde dos trabalhadores advindos de um processo de desgaste, o qual além de orgânico, há também o desgaste da esperança, que afeta a identidade do trabalhador e seus respectivos valores e crenças.

De acordo com os autores, tende-se a ressaltar que o desgaste atinge a capacidade corporal e psíquica, porém o mesmo pode ou não se manifestar em patologia e não se refere necessariamente a processos irreversíveis.

Diante disto, compreende-se os resultados do SRQ-20, onde dos 8 participantes, *apenas* 2 profissionais (25%) apresentaram score igual ou superior a 7, o qual é indicativo de sofrimento mental, resultado que não exclui existência de sintomas de desgaste mental nos demais profissionais, visto que como citado anteriormente muitos manifestam medo, cansaço e tristeza, porém de forma isolada e referente a um determinado período de tempo.

Um fator que merece destaque no que se refere ao esforço emocional exigido pelo trabalho são as estratégias de enfrentamento desempenhadas de forma singular por cada profissional diante das situações adversas, a fim de manter a sua responsabilidade de agente comunitário de saúde sem perder o controle psíquico e emocional, como podemos observar a seguir:

“Às vezes as pessoas chegaram comigo chorando, vamos dizer com câncer, que foi detectado uma aids, eu já tive que colocar minha emoção assim, segurar e tentar passar minha energia pra pessoa dando força e ajudando até no meu lado [...]” (S.S.).

“Quando o usuário chega assim muito agitado a gente tenta conversar com ele, orientar ele pra ter calma, [...], porque se ele tá mal a gente tá também, porque a gente trabalha com o usuário e com a comunidade, aí as nossas emoções também são envolvidas.” (T.L).

Sobre este aspecto de enfrentamento, Rocha, Souza e Teixeira (2015) acredita que como o sofrimento e o prazer são situações subjetivas e individuais, há uma dinâmica entre sofrimento e prazer dos trabalhadores, onde o sofrimento é compatível com a normalidade e para manter o equilíbrio psíquico, gera-se uma série de procedimentos de regulação, também chamados de procedimentos defensivos.

Outro fator de destaque nas falas dos participantes foi em relação a exigibilidade de resolução de problemas e a lidar com imprevistos, os quais aparecem de forma frequente no cotidiano de trabalho, segundo os seguintes relatos:

“O tempo todo resolvemos problemas [...], a gente tá tendo que um substituir o outro, e a gente tem que se adequar né, mas problema sempre vai ter e a gente corre atrás, aí acaba influenciando na qualidade do serviço, fica um pouco abalado” (A.S.).

“Bastante, todo dia, sempre tem que resolver problemas e ainda problema dos outros, às vezes até quando tu resolves dá problema pra ti também e o paciente não entende” (A.P.).

“O tempo todo a gente lida com imprevisto, às vezes a gente tem que avisar em cima da hora pro paciente [...], tem que sempre buscar solucionar da melhor forma possível que não atrapalhe nem a nossa equipe, a unidade e também os pacientes” (A.S.).

“Sempre acontece imprevistos, as vezes não é passado pra gente o que tem que fa-

zer, aí na hora é repassado e a gente tem que fazer, vem algum paciente de última hora querendo um encaixe, é um imprevisto de qualquer forma, ou não tem aquele material também (...)" (G.T.).

Estes achados corroboram com o estudo de Dejours (2004) onde para o mesmo, as situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes tanto da matéria, das ferramentas e das máquinas, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipe, hierarquia, clientes.

Diante disto, Simões e Bianchi (2016), acreditam que a jornada de trabalho pode se tornar elemento que propicia desgaste e sofrimento ao trabalhador, devido à realização incessante de diferentes atividades, tensão, aumento das cargas laborais, exigindo maior controle de suas emoções.

Leão e Gomez (2014) acrescentam que a sobrecarga de atividades, a velocidade das tarefas, as exigências de trabalho noturno, por exemplo, quando analisadas de modo integrado, oferecem indícios e evidências do quanto o trabalho pode produzir sofrimento nos sujeitos.

É necessário adotar medidas redobradas de controle desses fatores, visto que são situações frequentes, e que ocasionam exposição do profissional agente comunitário de saúde aos riscos e cargas inerentes à profissão.

Este confronto pode influenciar negativamente a qualidade de vida do profissional, como observado no teste SRQ-20 a presença em 6 participantes (75%) de alguns dos sintomas como dormir mal, dor de cabeça e falta de apetite.

De acordo com Carlotto (2009) o trabalhador do campo da saúde está exposto a diferentes estressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem-estar, estando muitas vezes em contato com o sofrimento alheio, dor

e até a morte, tendo esses profissionais um desempenho que envolve uma série de atividades que necessitam de controle mental e emocional, inclusive muito maior que em outras profissões.

No que tange o esforço mental, foi exposto pelos participantes que esta é uma exigência fundamental para o bom desempenho de suas atividades laborais, capacidade a qual o trabalhador tende a aprimorar devido às experiências vivenciadas em seu contexto de trabalho, como podemos observar nos seguintes relatos:

“Assim ele exige muito esforço mental porque a gente precisa lembrar de cada uma dessas pessoas, (...) lembrar das casas e tudo que for agregado, (...) Então com certeza meu trabalho depende desse esforço” (A.S.).

“Exige que eu tenha memória, concentração nas atividades que eu tô desenvolvendo. O enfermeiro pede pra gente entregar uma referência, se esqueceu, prejudicou o paciente, ele tá esperando aquela referência há muito tempo, se a gente esquecer aí complica” (W.S.).

“Sim, tem muito, a questão de memória a gente tem que justamente tá repassando para os pacientes a agenda do médico, a agenda da enfermeira, a gente tem que saber quando eles estão e não estão (...) (G.T.).

Diante destas percepções, percebemos o quanto o esforço mental está intimamente ligado às tarefas prescritas e realizadas pelo agente comunitário de saúde, tornando-se uma exigência constante, na qual ainda é depositado o sucesso do trabalho desenvolvido junto à população.

Carlotto (2009) afirma que o trabalho desenvolvido em instituições de saúde requer que os profissionais tenham suficiente experiência e maturidade que permita enfrentar e tomar decisões difíceis, inclusive com implicações éticas e morais de sua realidade.

Dejours (2004) acrescenta que o trabalho ultrapassa o emprego propriamente dito e a subsistência financeira, pois implica no uso das capacidades físicas e psíquicas do homem, conferindo identidade e articulação com sua subjetividade podendo ser fonte de prazer ou de sofrimento.

Diante do exposto, percebemos que estes fatores que se relacionam com as experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde, quando em demasia, podem ultrapassar as capacidades do trabalhador, podendo causar agravos à sua saúde mental e emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados coletados, foi possível perceber que os ACS participantes da pesquisa enfrentam diversas dificuldades relacionadas ao processo de trabalho que realizam.

O desequilíbrio desta relação pode gerar sofrimento com implicações para a saúde desses trabalhadores. A implantação de ações e estratégias institucionais voltadas para a saúde do trabalhador contribui para prevenir adoecimento mental, melhorar o bem-estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, K. P *et al.* Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009. [on line]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4854/3578>. Acesso em 17 fev. 2022.

BARROS, N. M. G. C. **Riscos de adoecimento no trabalho: estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital mato-grossense.** 2012. Dissertação (Mestrado em

Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte: FNH, 2012. Disponível em: http://unihorizontes.br/novosite/banco_dissertacoes/120420131653394660.pdf. Acesso em: 20 de fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, M. F. *et al.* Sujeito, Linguagem, Ideologia, Mundo: Técnica Hermenêutico-dialética para Análise de Dados Qualitativos de Estudos Críticos em Administração. **XXXVII Encontro da ANPAD**, 2013. Disponível em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_EPQ1895.pdf. Acesso em: 20 fev. 2022.

COSTA, D. *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n 127, p. 11-21, jun. 2013. [on line]. Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/ST%20no%20SUS%20\(RBSO.v38n127a03\).pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/ST%20no%20SUS%20(RBSO.v38n127a03).pdf). Acesso em: 10 fev. 2022.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C, organizadores. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas. 2012.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004. [on line]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022.

LEAL, A. A. A.; TEIXEIRA, I. A. C. Ritmo de trabalho. In: OLIVEIRA, D.A.; DUARTE, A.M.C.; VIEIRA, L.M.F. **DICIO-**

NÁRIO: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. Disponível em: <http://www.gestrado.net.br/pdf/181.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

LEÃO, L. H. C; GOMEZ, C. M. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 12, p. 4649-4658, 2014. [on line]. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/630/63032604005_5.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

MAISSIAT, G. S. *et al.* Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 2, p. 9-42, 2015. [on line]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130175/000978055.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 fev. 2022.

MARQUES, A. L. N. *et al.* Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene.** v. 16, n. 5, p. 81-672, 2015. [on line]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2794/2168>. Acesso em: 17 fev. 2022.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. *et al.* Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013. [on line]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf. Acesso em: 11 fev. 2022.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 29, n. 130, p. 150-160, 2014. [on line]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1005/100537811004/>. Acesso em 17 fev. 2022.

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R; TEIXEIRA, L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hos-

pital público no Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2015. [on line]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000300843-&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 fev. 2022.

SIMÕES, J; BIANCHI, L. R. O. Prevalência da síndrome de *burnout* e qualidade do sono em trabalhadores Técnicos de enfermagem. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, 2016. [on line]. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5230>. Acesso em: 18 fev. 2022.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em Debate, Rio de Janeiro**, v. 40, n. 109, 2016. [on line]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4063/406346422005/>. Acesso em 19 fev. 2022.

SOUZA, T.S; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v.38, n.128, p. 292-301, 2013. [on line]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200016. Acesso em: 11 dez. 2016.

VIANA, V. C. A *et al.* Condições de trabalho dos enfermeiros na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 7, p. 707-2696, 2016. [on line]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11331/13029>. Acesso em 18 mar. 2022.

TESSER, C. D.; NORMAN. A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361-378, set. 2018. [on line]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>. Acesso em: 03 mar. 2022.

**TERAPIA OCUPACIONAL E PRÁTICAS
CORPORAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM
UM GRUPO DE COLUNA**

*Suellem Carla Nunes Nobre
Tatyani Arícia Maia Novais*

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo a sociedade vivencia os efeitos de mudanças em diversos contextos sociais, seja econômico, geográfico, cultural, entre outros. No âmbito da saúde, observa-se atualmente o cenário da transição epidemiológica, caracterizada pela mudança no perfil das doenças causadoras de mortalidade e incapacidade na população. Nela, ocorre o predomínio das doenças de caráter crônico não transmissível em detrimento das doenças infecto-contagiosas. Tal crescimento nos acometimentos crônicos gera repercussões como custos elevados no tratamento e reabilitação (VIEIRA; BARTZ; JORNADA, 2017) e mudanças na qualidade de vida (CELICH; GALON, 2009).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, encontram-se as dores osteomioarticulares, cujas queixas estão presentes em 30 a 40% da população brasileira e caracteriza-se como um significativo problema de saúde pública, no qual o enfrentamento reporta a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, com foco no cuidado integral, bem como na prevenção e promoção da saúde (MALTA et al., 2016; SIEBRA; VASCONCELOS, 2017).

Com relação às doenças osteomioarticulares, destacam-se aquelas que atingem a coluna vertebral, cujos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008 apontam que a dor na coluna apresenta maior prevalência em adultos (BARROS, 2011).

No que se refere à lombalgia crônica, dados estatísticos evidenciam que 2% a 5% das pessoas em todo o mundo são acometidas. Além disso, também é a maior causa de consultas médicas e de maior incapacidade em pessoas com idade até 45 anos nos Estados Unidos. No Brasil não existe estatística a este respeito, somente dados regionais (MARTINS et al., 2010).

Os fatores de risco para acometimentos na coluna lombar são distintos e podem estar relacionados à atividade profissional (sobrecarga, movimentos repetitivos, esforço físico, etc.) (ABREU; RIBEIRO, 2010), aos aspectos sociodemográficos e comportamentais como gênero, idade, sedentarismo, entre outros (FERREIRA et al., 2011).

Os indivíduos com lombalgia crônica possuem tendência a vivenciar sentimento de incapacidade para realizar suas Atividades de Vida Diária (AVDS) e acreditar que qualquer atividade poderá intensificar o quadro álgico ou aumentar possíveis prejuízos ou limitações físicas (FRACARO et al., 2013). Antunes e colaboradores (2013) afirmam em seu estudo que 32,1% dos sujeitos com lombalgia crônica apresentaram quadros de depressão, que poderiam estar relacionados aos episódios de dor e suas características, como intensidade e persistência, à maior incapacidade, e aos maiores gastos econômicos.

Nesse sentido, compreende-se que a lombalgia crônica atinge milhares de pessoas, tornando-se uma patologia responsável por acometimentos que implicam diretamente nas atividades funcionais com repercussões na qualidade de vida dos indivíduos, que podem estar associadas a diferentes fatores, como a presença dos episódios

de dor, que alternam entre fases melhora e piora (MARTINS et al., 2010) e provocam limitações no cotidiano.

Nessa perspectiva, o cotidiano dos indivíduos pode ser transformado em virtude de um quadro clínico crônico, visto que modifica o desempenho de atividades realizadas anteriormente, tornando-as mais desafiadoras e com demandas que podem requisitar novas aprendizagens (SALLES; MATSUKURA, 2013).

Tais impactos na corporeidade dos indivíduos e as suas implicações no cotidiano são considerados durante o tratamento desenvolvido pela Terapia Ocupacional (TO) que, no processo de cuidado com esse público, tem como meta geral proporcionar que os mesmos alcancem o máximo de independência funcional em todas as suas ocupações, entre elas os cuidados pessoais, o lazer e o trabalho (SMITHLINE; DUNLOP, 2004).

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional busca facilitar a participação ativa dos sujeitos no cotidiano, levando em consideração as suas características clínicas. O profissional aborda em sua atuação a biomecânica corporal, como as posturas estáticas e dinâmicas, e aplica seus princípios no desempenho das ocupações, de modo a ensinar os indivíduos a executá-los nas tarefas cotidianas de forma segura (BEAR-LEHMAN, 2005).

Esta conduta é adotada pois, de acordo com Smithline e Dunlop (2004, p. 930), “frequentemente os sujeitos com dor lombar conseguem verbalizar os princípios gerais para minimizar o estresse na coluna, mas não têm consciência de que não seguem estes princípios nas AVDS”.

Além disso, nas intervenções desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional, podem ser utilizadas, entre as abordagens, as práticas corporais. De acordo com Medeiros (2019, p. 8) “a prática da TO no campo das práticas corporais proporciona uma nova forma de pensar o corpo e o cotidiano, envolve experimentar, sentir, compartilhar vivências”.

As práticas corporais são benéficas, pois proporcionam também “o reconhecimento de si e a redescoberta de percepções não captadas ou esquecidas no desenrolar da vida cotidiana, as quais, muitas vezes, não atentamos em função da mecanização do fazer” (CIRINEU; ASSAD; FIGUEIREDO, 2020).

No contexto dos acometimentos na coluna vertebral, as práticas corporais têm sido utilizadas através de diferentes técnicas, que proporcionam diversos benefícios como redução de dor, melhora na consciência corporal, no bem estar emocional (BARRETO et al., 2020), na qualidade do sono e no equilíbrio (PINHEIRO et al., 2021), bem como na adoção de posturas mais adequadas e na prática de exercícios no cotidiano (VIEIRA; BARTZ; JORNADA, 2017).

Ademais, as práticas corporais, principalmente desenvolvidas em grupo, fornecem um ambiente de acolhimento e interação social (VIEIRA; BARTZ; JORNADA, 2017) e ampliam as oportunidades de vivência entre pares, permitindo a criação de novos vínculos efetivos, resultando na promoção de um novo pertencimento de si e da vida (CIRINEU; ASSAD; FIGUEIREDO, 2020).

No estudo de Vieira, Bartz e Jornada (2017), as participantes de um grupo de coluna, ressaltaram que estar em grupo realizando exercício e cuidados posturais proporcionou uma sensação de melhora do bem-estar, diminuição da tensão muscular, mobilidade articular, refletindo também na forma de execução das suas atividades de vida diária.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo expor a experiência no setor de psicomotricidade de um grupo de coluna coordenado pela Terapia Ocupacional, utilizando as práticas corporais com pacientes com queixas relacionadas a acometimentos na coluna vertebral.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este estudo é do tipo descritivo, relato de experiência, elaborado a partir da prática desenvolvida pela terapeuta ocupacional do setor de psicomotricidade, no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2022.

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE COLUNA

O grupo de coluna é realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CER III) Unidade de Ensino Assistência em Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), mais especificamente no setor de psicomotricidade, e tem como objetivo promover a experimentação em práticas corporais de cuidado em saúde que favoreçam a diminuição de queixas associadas a diferentes diagnósticos clínicos relacionados à coluna vertebral.

Ele foi criado em outubro de 2020 com a chegada da terapeuta ocupacional para este setor que, até aquele momento, estava desativado no período da tarde. A definição do público alvo foi pensada em virtude da procura frequente no serviço por atendimentos envolvendo acometimentos na coluna vertebral.

O processo adotado para a participação no grupo de coluna inclui primeiramente a identificação de demandas e o encaminhamento para o setor de psicomotricidade, que pode ser realizado pela equipe multiprofissional da Unidade ou via encaminhamento externo regulado pela rede de atenção à saúde. No setor de psicomotricidade, ocorre a avaliação terapêutica ocupacional individual, que tem como objetivo compreender as demandas para atendimento por meio do conhecimento do desempenho ocupacional.

Destaca-se que as pessoas participantes do grupo de coluna, coordenado pela Terapia Ocupacional, podem ser encaminhadas para acompanhamento com outras especialidades que compõem a equipe multiprofissional do

CER III/UEAFTO, como assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico neurologista e ortopedista.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA NO GRUPO DE COLUNA

A partir de cada avaliação terapêutica ocupacional, foi possível observar que as principais queixas identificadas estavam relacionadas à dor lombar, em sua maioria, dor cervical, limitação de movimentos a nível de quadril, joelho, ombro, dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico que provocavam limitações em algumas Atividades de Vida Diária (AVDs), como o vestir; Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), como o gerenciamento do lar; e algumas atividades relacionadas ao trabalho.

Os encontros ocorreram duas vezes na semana, no período da tarde, com duração de, em média, 1 hora e 30 minutos, com a presença de quatro a seis integrantes por dia. O grupo foi composto por participantes do gênero feminino, na faixa etária entre 38 a 79 anos. É válido destacar que a maioria das participantes cumpre em média 20 a 40 sessões no setor, sendo 20 sessões o quantitativo mínimo para realizar inicialmente no serviço.

As sessões grupais também foram associadas com a participação da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, através da presença de uma terapeuta ocupacional residente, no qual foram abordadas temáticas envolvendo as práticas corporais em forma de roda de conversa e dinâmicas.

O grupo caracterizava-se como aberto, no qual foram propostas vivências de práticas corporais como alongamentos, relaxamentos, técnicas de respiração, Método Pilates Solo e dança circular. Os recursos mais utilizados durante os encontros foram: bola do tipo pilates, bambolês, colchonetes, faixa elástica, caixa de som e bastão. O setting terapêutico utilizado na maioria dos encontros era

a sala de Psicomotricidade do CER III/UEAFTO, que dispõe de um amplo espaço com diversos recursos que proporcionam as propostas de práticas corporais, bem como a avaliação terapêutica ocupacional (Figura 1).

Figura 1 – Sala de psicomotricidade



Fonte: acervo das autoras (2022).

Em determinados encontros também foram utilizadas diferentes técnicas como auriculoterapia e aplicação de bandagem elástica - direcionadas à melhora nas queixas de dor - bem como aromaterapia.

Além disso, nas sessões grupais foram desenvolvidas ações de educação em saúde direcionadas às orientações sobre a associação entre dor, percepção corporal, práticas corporais e desempenho ocupacional. Estes aspectos foram abordados por meio de momentos para troca de experiências, assim como dinâmicas que tiveram como objetivo resgatar o cotidiano das participantes envolvendo a vivência do desempenho de AVDS e AIVDS e proporcionar reflexões acerca da adesão das práticas corporais e dos cuidados em saúde na rotina ocupacional, mediante a realização do bingo do autocuidado.

O encontro grupal era desenvolvido através de etapas, que se constituíram inicialmente pela coleta de informações sobre a percepção das participantes em relação à

presença de quadro algico e de seu estado de saúde durante a semana e no dia do encontro grupal. Em seguida, eram realizados alongamentos como método preparatório para a proposta do dia. É válido destacar que o planejamento das intervenções foi elaborado considerando as diferentes limitações físicas apresentadas pelas participantes.

Nesse sentido, por meio da utilização das práticas corporais, as atividades propostas tiveram como objetivos: proporcionar melhora com relação à sintomatologia, promover conhecimentos sobre a importância da percepção e consciência corporal, da necessidade da prática de exercícios regulares e do desenvolvimento de cuidados preventivos na rotina ocupacional.

Tais aspectos também foram abordados por meio de reflexões durante o desenvolvimento do grupo, no qual oportunizou-se um espaço aberto para que as participantes pudessem sanar suas dúvidas e relatar suas percepções sobre a vivência grupal e a influência no cotidiano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DE PARTICIPANTES DO GRUPO DE COLUNA

No que tange à caracterização do grupo de coluna, este foi composto por participantes do gênero feminino, que encontravam-se na faixa etária entre 38 e 79 anos, com maior quantitativo de mulheres idosas (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das participantes do grupo de coluna: distribuição segundo faixa etária, gênero e ocupação laboral.

	Quantidade	Porcentagem (%)
Faixa etária		
38 – 44 anos	1	10
45 – 51 anos	1	10
52 – 59 anos	1	10
60 – 65 anos	2	20

66 – 72 anos	4	40
73 – 79 anos	1	10
Gênero		
Feminino	10	100
Masculino	0	0
Ocupação laboral		
Ativo	1	10
Inativo/Desempregado	1	10
Aposentado	8	80
Aposentado/ativo	0	0

Fonte: acervo das autoras (2022).

De acordo com o perfil das participantes, foi possível identificar que o grupo de coluna é composto essencialmente por mulheres, fato encontrado de forma similar em outras investigações que tiveram como objeto de estudo grupos de práticas corporais desenvolvidos na Atenção Primária em Saúde (ALMEIDA et al., 2018; LINHARES; SILVA, 2014). Tal fato pode ser explicado levando em consideração aspectos culturais de saúde da sociedade, nos quais as mulheres são mais envolvidas nos cuidados em saúde (SOUZA et al., 2010).

No que diz respeito ao predomínio de mulheres idosas e aposentadas no grupo de coluna, autores afirmam que este fato pode ser justificado devido ao período de aposentadoria, que pode trazer maiores possibilidades de organização do uso do tempo no envolvimento em outras ocupações, como a participação em grupos de cuidados em saúde (CAMARGO; TELLES; SOUZA, 2018).

Ademais, tal participação majoritária de mulheres idosas pode ser compreendida devido à maior prevalência de incapacidade funcional nesse público, em virtude da presença de fatores como estilo de vida e comorbidades, que resultam no maior padrão de consumo de cui-

dados em saúde em comparação aos homens idosos, que demonstram menor procura por serviços de saúde e por ações de autocuidado (FIGUEIREDO, 2005; TAVARES et al., 2007).

Com relação aos dados clínicos das participantes, observou-se que as demandas mais frequentes estavam relacionadas ao diagnóstico de acometimentos na coluna torácica, seguido da coluna lombar (Tabela 2).

Tabela 2- Dados clínicos das participantes do grupo de coluna

Diagnóstico	Quantidade	Porcentagem (%)
Dor lombar baixa	2	20
Dorsalgia	5	50
Fibromialgia	1	10
Espondilose	1	10
Artrose	1	10

Fonte: acervo das autoras (2022).

De acordo com as informações apresentadas na tabela 2 referente aos diagnósticos das participantes, notam-se resultados análogos no estudo desenvolvido por Pinheiro e colaboradores (2021) quando apontam uma alta prevalência de queixas de dores osteomusculares na região da coluna vertebral nos sujeitos da pesquisa, que podem provocar incapacidade física e emocional, assim como diminuição na funcionalidade, prejuízo e afastamento das AVDS e trabalho.

Quanto ao tempo de tratamento, a maioria das integrantes cumpriu o mínimo de 20 sessões realizadas no serviço (Tabela 3).

Tabela 3- Tempo de tratamento das participantes do grupo de coluna

Tempo de tratamento		
10 – 20 sessões	5	50
21 – 30 sessões	0	0

31 – 40 sessões	3	30
Alta por abandono	2	20

Fonte: acervo das autoras (2022).

Sobre o período de tratamento, foi possível identificar que a maioria das integrantes completou o quantitativo mínimo de sessões grupais no setor, fato que pode ter contribuído na percepção das mesmas sobre os benefícios adquiridos a partir da realização das práticas abordadas no grupo.

Nessa perspectiva, autores abordaram os efeitos da participação em grupo com ênfase nas queixas de coluna, destacando que os benefícios a curto prazo incluem a diminuição da dor e a melhora na capacidade funcional. Essas mudanças são possíveis a partir da prática dos exercícios e da adoção de novos hábitos posturais que são abordados no grupo da coluna (BORGES et al., 2011; NOGUEIRA; NAVEGA, 2013).

Outro ponto a ser destacado nesse contexto diz respeito à dificuldade das integrantes em finalizar o período de participação no grupo, pois as mesmas afirmam que as 20 sessões ofertadas não são suficientes para uma alta melhorada e que a permanência no grupo auxilia no processo de inclusão das práticas corporais no cotidiano, uma vez que a maioria das queixas associadas a diferentes diagnósticos clínicos relacionados à coluna vertebral tendem a se tornar crônicas ao longo do tempo.

Este fato é relatado pelos autores Vieira, Bartz e Jornada (2017) quando referem que, no momento que a dor se torna crônica, esta torna-se queixa diária que interfere na qualidade de vida das pessoas e, muitas vezes, acomete o desempenho ocupacional e as atividades de vida diária.

PRÁTICAS CORPORAIS NO GRUPO DE COLUNA

As principais práticas corporais utilizadas no grupo de coluna foram: alongamentos, relaxamento, técnicas

de respiração, Método Pilates Solo, dança circular, entre outras. No que diz respeito aos alongamentos, estes foram desenvolvidos com o objetivo de estimular membros superiores, coluna vertebral e membros inferiores. Eram realizados com as participantes em pé e deitadas, com predomínio do alongamento ativo, sendo realizado de forma complementar o alongamento ativo-assistido. Em determinados encontros, foram realizados com o auxílio de diferentes recursos como bastões e bola suíça. Ressalta-se que, a cada encontro, as participantes receberam orientações sobre a importância de incluir na rotina o hábito de alongar-se, reforçando entre os benefícios desta prática, a prevenção de lesões, o aumento da consciência corporal e promoção de relaxamento.

No que tange às técnicas de respiração, as participantes foram orientadas sobre a importância da respiração adequada durante a realização das práticas corporais e no cotidiano, bem como da forma correta de realizá-la, com estímulo à respiração diafragmática.

Com relação ao Método Pilates, este foi utilizado com objetivo de favorecer ganho de força, melhora na flexibilidade e nos padrões posturais e conseqüentemente melhora na dor lombar crônica, assim como aumento da consciência corporal, do bem estar, da qualidade de vida e melhora do equilíbrio, conforme a experiência em outro estudo (JULIANO; BERNARDES, 2019).

Do método pilates foram utilizados os movimentos realizados no solo, com exercícios combinados de respiração para a conscientização corporal atrelados a recursos como faixa elástica e bola do tipo pilates. Estes exercícios eram realizados geralmente após os alongamentos na posição de pé, que eram seguidos dos exercícios com bola em pé, na posição sentada e por último deitado.

No que diz respeito à dança circular, esta pode ser compreendida como uma atividade aeróbica de baixo im-

pacto, que utiliza movimentos harmônicos, de diferentes naturezas, sejam suaves e sinuosos ou intensos e firmes (BARRETO et al., 2020). Com as participantes do grupo de coluna, a dança circular foi utilizada com o objetivo de contribuir no aumento da consciência corporal e no processo de aprendizagem para o cuidado com o corpo, bem como melhorar aspectos físicos e gerar integração social.

Sobre as ações de educação em saúde desenvolvidas no grupo, foi possível notar que as orientações foram benéficas para as participantes pois trouxeram informação referentes às dúvidas ou queixas relacionadas à dor, bem como adoção de posturas, percepção corporal, a inserção das práticas corporais no cotidiano e desempenho ocupacional. Sobre isso, Vieira, Bartz e Jornada (2017) referem que as ações educativas promovem desde o acolhimento do usuário, até um processo de confiança dele com o profissional de saúde, o que contribui para a adesão ao tratamento.

CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS CORPORAIS

A partir da utilização das práticas corporais no grupo de coluna, foi possível identificar contribuições positivas nas vivências das participantes, visto que relatam frequentemente as suas percepções sobre os benefícios gerados pela participação no grupo. Entre as melhorias, as mesmas destacam que, após as execuções das práticas corporais, foi possível observar como evoluiu a diminuição da dor e a maior disposição para a realização das AVDS e AIVDS.

Este fato também foi encontrado de forma semelhante no estudo de Vieira, Bartz e Jornada (2017), no qual as participantes também trouxeram relatos de maior autocuidado e atenção aos movimentos rotineiros, o que ocasionou mudança dos hábitos posturais no cotidiano. Tais mudanças foram capazes de propiciar uma redução da dor, facilitando a incorporação de novos hábitos na rotina.

Estas mudanças percebidas foram possíveis pois, ao longo de todo o período de desenvolvimento do grupo, as participantes foram orientadas sobre a importância de estender as práticas corporais para o ambiente domiciliar e para o cotidiano, assim como buscar a regularidade nas práticas para então vivenciar todos os benefícios que as técnicas aplicadas apresentam. Assim, foi possível identificar que este tipo de orientação possibilitou maior adesão das participantes ao grupo.

Em vista disso, as participantes do grupo relataram que acrescentaram na rotina, principalmente, os alongamentos, o método pilates solo e a respiração, como também observaram redução nas queixas de dor e referiram como ganhos das práticas corporais a melhora dos aspectos da saúde e qualidade de vida.

Desta maneira, observou-se que as mesmas vivenciaram um maior protagonismo no cuidado, na medida em que começaram a associar as práticas realizadas no grupo aos seus cotidianos. Neste aspecto, Medeiros (2019) ressalta em seu estudo, que essa perspectiva envolvida no tratamento é importante para promover o cuidado com o corpo, pois tem como intuito aprimorar a prática cotidiana na busca pela consciência corporal, associando a ideia da autonomia, tão significativa para a Terapia Ocupacional.

Destaca-se que foi realizado um acordo com as participantes no que diz respeito à relevância da assiduidade no grupo, visto que o mesmo era desenvolvido somente dois dias na semana e, nos casos de falta, ocorreriam comprometimentos nos objetivos e na evolução para uma melhora do quadro clínico inicial.

No entanto, um aspecto que contribuiu para a ausência das participantes ao longo dos encontros, foi o fato do grupo ter surgido durante a pandemia da COVID-19, o que implicou em períodos de baixa adesão no grupo, em virtude das altas taxas de contaminação na região. Nes-

se contexto, também foram desenvolvidas orientações nos dias do grupo sobre esta temática para prevenir a doença e para esclarecer dúvidas.

Como limitações encontradas no grupo, destaca-se a não utilização de escalas ou protocolos que poderiam mensurar e apresentar dados como melhora da dor, flexibilidade, força, entre outros componentes. Sendo assim, sugere-se para os próximos participantes, entre possíveis instrumentos de avaliação, a aplicação da Escala Visual Analógica – EVA, no início e no final das 20 primeiras sessões, para uma melhor mensuração da dor antes e após a realização das atividades propostas.

Em suma, foi possível observar, através dos encontros grupais, os benefícios da experiência das práticas corporais no grupo de coluna, reafirmando a compreensão de que tais práticas favorecem, de acordo com Almeida et al (2018), o auxílio no tratamento de doenças, a melhor percepção corporal, implicando na melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Além disso, foi possível observar que as práticas corporais desenvolvidas em grupo, tornaram-se muito mais eficientes e prazerosas para as participantes, pois oportunizaram um espaço para a criação de vínculos que permitiu uma maior interação entre elas. Desta forma, foram incentivados a socialização, momentos de descontração e participação social.

Almeida et al (2018) corrobora com tais aspectos em seu estudo quando relata que o grupo de práticas corporais tem alcançado seus objetivos ao incentivar a prática regular de atividade física e cuidados com o corpo e a saúde, além de promover uma maior integração social.

O estar em grupo permite esse momento rico de troca de experiências, destacado no estudo de Vieira, Bartz e Jornada (2017), no qual os relatos de participantes demonstraram que o fato de compartilharem experiências

entre si - sejam boas ou ruins - sobre a vida e as dores, facilitou que os mesmos pudessem compreender melhor a sua relação com suas dificuldades.

Nessa perspectiva, a utilização das práticas integrativas no tratamento contribui no aumento da disposição física, no alívio dos sintomas provenientes das dores crônicas, assim como estimula o autocuidado e o aprendizado (AZEVEDO et al., 2016; TONON; DUIM; SANTOS, 2013).

Portanto, a experiência relatada é um importante registro da atuação da Terapia Ocupacional no serviço especializado, direcionada para adultos e idosos que, embora apresentem doenças instaladas, possuem grande potencial para atingirem uma vida ativa e com qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na experiência relatada, compreende-se a sua importância como um registro da atuação da Terapia Ocupacional através da utilização das práticas corporais em indivíduos com acometimentos na coluna vertebral de diferentes naturezas, que impactam significativamente no desempenho das ocupações, bem como nos aspectos que permeiam a qualidade de vida.

Tal descrição da prática amplia a compreensão da atuação profissional neste contexto, visto que a literatura disponível sobre Terapia Ocupacional e práticas corporais destinadas a indivíduos com acometimentos na coluna vertebral e com queixas algícas, ainda é incipiente. Observou-se que o arcabouço teórico a respeito da temática é amplamente discutido por outras categorias profissionais.

Ademais, a partir das reflexões advindas da prática desenvolvida no grupo de coluna, sugere-se no presente estudo que o atendimento seja desenvolvido de forma multiprofissional, considerando a importância das ações de cuidado interdisciplinares, que oportunizam uma visão multifacetada da saúde e promovem o acompanhamento

integral dos pacientes, que neste serviço, ainda ocorre de forma fragmentada.

Em suma, as práticas corporais desenvolvidas no grupo da coluna tiveram como objetivos promover benefícios em diferentes contextos das participantes, relacionados ao quadro algico, ao uso adequado de posturas no desempenho ocupacional, assim como possibilitar reflexões às integrantes sobre a importância das práticas corporais no cotidiano e da participação ativa no cuidado em saúde.

Nesse sentido, as práticas no grupo apresentaram contribuições positivas a partir da troca de informações que estimulam a conscientização das participantes acerca de temáticas como o protagonismo no cuidado, adoção de hábitos de vida mais saudáveis, visando melhora na execução das AVDS e AIVDS, fato este que acabou refletindo na diminuição de queixas frequentes de dor e limitação funcional.

A relevância do trabalho em grupo deve ser ressaltada, visto que o grupo de coluna se configurou como um espaço de convivência que estimulou a troca de experiências comuns às participantes. Todos estes elementos foram significativos no planejamento de cuidado, que foi pautado na relevância do fazer humano na saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. T.; RIBEIRO, C. A. Prevalência de lombalgia em trabalhadores submetidos ao programa de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), São Luís, MA. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 148-153. 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103380>. Acesso em: 24 jan. 2022.

ALMEIDA, L. O.; MUNIZ, L. S.; GOMES, S. R. ALMEIDA, M. M. C. Práticas corporais e educação em saúde: um relato de estudantes de fisioterapia na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 42, n. 4, p. 741-752. 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3032/2584>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ANTUNES, R. S. et al. Dor, cinesiofobia e qualidade de vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 27-29. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aob/a/hBwZ3Jj9qsVt9m-5cHJQVPfC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2022.

AZEVEDO, A. C. B. et al. Benefícios das Práticas Alternativas Integrativas e Complementares na Qualidade de Vida da Pessoa Idosa. **Acta de Ciências e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-19. 2016. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/cieh/2019/PROPOSTA_EV125_MD3_ID3058_23052019214354.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

BARRETO, J. M. et al. O discurso do sujeito coletivo das participantes de dança circular com lombalgias. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 109-118. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n98/a12v40n98.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2022.

BARROS, M. B. A., FRANCISCO, P. M. S. B., ZANCHETTA, L. M.; CÉSAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>. Acesso em: 2 jan. 2022.

BEAR-LEHMAN, J. Afecções ortopédicas. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas**. 5. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2005. p. 909-925.

BORGES, R. G. et al. Efeito da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre- Brasil. **Motriz**, Rio Claro, v. 17, n. 4, p. 719-727, Out./Dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-65742011000400017>. Acesso em: 7 jan. 2022.

CAMARGO, T. C. A. de.; TELLES, S. C.C. de.; SOUZA, C. T. V. de. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 2, abr, p. 367-380. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1238>. Acesso em 7 jan. 2022.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 345-359. set/dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00004>. Acesso em: 5 jan. 2022.

CIRINEU, C. T.; ASSAD, F. B.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. A abordagem corporal como estratégia utilizada por terapeutas ocupacionais junto a agentes comunitários de saúde. **Cadernos brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 1, p. 74-85. Jan./mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/VSwN9XC6QZ9NNPmY-CMs9kdD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2022.

FERREIRA, G. D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 1, p. 31-36. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/RR8Ljwp75n3hNvd-gjPY5Xfw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2022.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/W7mrnmMQP6j-Gsnvbnj7SG8N/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 7 jan. 2022.

FRACARO, G. A. et al. Comparison of psycho-social and functional performance variables in a group of chronic low back pain patients. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 119-123. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/VQj7Y796ZyNgQNYNVmCPLxv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

JULIANO, R. A.; BERNARDES, R. O crescimento exponencial do Método. In: JULIANO, R. A.; BERNARDES, R. **A teoria do Método Pilates: Da história à biomecânica**. 3. ed. Porto Alegre: Ideograf, 2019.p.4-7.

LINHARES, A. S.; SILVA, A. L. F. da. Caracterização do grupo de práticas corporais na atenção primária à saúde em Sobral – Ceará. **SANARE**, Sobral, v.13, n.1, p.56-63. 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/433/288>. Acesso em: 20 jan.

MALTA, D. C., OLIVEIRA, T. P., SANTOS, M. A. S., ANDRADE, S. S., SILVA, M. M., DCNT, G. T. de M. do P. de. Progress with the strategic action plan for tackling chronic non-communicable diseases in Brazil, 2011-2015. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 25, n. 2, p. 373-90. 2016. Disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

MARTINS, M. R. I. A eficácia da conduta do Grupo de Postura em pacientes com lombalgia crônica. **Revista Dor**, v. 11, n. 2, p. 116-121. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n2/a1478.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2021.

MEDEIROS, M. G. F. **O uso das práticas integrativas na terapia ocupacional**: o corpo como forma de cuidado. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/23090>. Acesso em: 24 jan. 2022.

NOGUEIRA, H. C.; NAVEGA, M. T. Influência do programa Escola da Coluna em agentes comunitários. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v12n3.3821>. Acesso em: 3 jan. 2022.

PINHEIRO, J. L.; AMORIM, S. T. S.; LANUEZ, F. V.; LEMOS, L. C. Práticas integrativas associadas à educação em saúde na redução de dores osteomusculares: uma abordagem multiprofissional. **Revista de gestão em sistemas de saúde**, v. 10, n. 2, p. 124-133. 2021. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14524>. Acesso em: 8 jan. 2022.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/cto.2013.028>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SIEBRA, M. M. R.; VASCONCELOS, T. B. de. Quality of life and mood state of chronic pain patients. **Revista Dor**, v. 18, n.1, p. 43-46. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170010>. Acesso em: 12 jan. 2022.

SMITHLINE, J.; DUNLOP, L. E. Dor na região lombar. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional**: Capacidades práticas para as disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca. 2004. p. 926-943.

SOUZA, A. S. Efeitos da escola de postura em indivíduos com sintomas de lombalgia crônica. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 497-503. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v9i3.2334>. Acesso em: 13 jan. 2022.

TAVARES, D. M. et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 32-39. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100004>. Acesso em: 15 jan. 2022.

TONON, P. P.; DUIM, E. L.; SANTOS, S. S. Efetividade da fisioterapia associada à dançaterapia na melhora da capacidade aeróbia e flexibilidade de mulheres idosas com histórico de quedas. **Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 517-524, set/dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2470/1816>. Acesso em: 10 jan. 2022.

VIEIRA, A.; BARTZ, P.T.; JORNADA, M. C. Da. Repercussão do grupo de coluna sobre o cotidiano de mulheres que apresentam dores musculoesqueléticas crônicas. **Cadernos brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 25, n. 2, p. 305-3014. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0813>. Acesso em: 7 jan. 2022.

**ATENDIMENTOS GRUPAIS EM TERAPIA
OCUPACIONAL COM PACIENTES EM
PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA
CARDIOVASCULAR**

*Tarciana Martins da Silva Ventura
Ana Cláudia Martins e Martins
Roberta de Oliveira Corrêa*

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são qualquer tipo de patologia ou disfunção que atacam o coração. Alguns estudiosos apontam as principais cardiopatias que atingem a população descrevendo como tais as cardiomiopatias, que são um grupo de doenças que afetam o músculo cardíaco, onde pode ocorrer alargamento, flacidez ou rigidez muscular (MANTHEY et al., 2018).

Ao investigar as Doenças Cardiovasculares (DCV), verifica-se que esta é a principal causa de óbitos no mundo e em países em desenvolvimento (OPAS, 2017; GBD 2017 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2018). Já no Brasil 27,7% dos óbitos são representados pelas DCV, sendo o maior fator de impacto nos custos de internações no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Theme et al. (2015) identificaram que em 2013 a prevalência de DCV na população brasileira com mais de 18 anos era de 4.2%, havendo aumento gradativo à medida que a faixa etária se eleva, chegando a 11.4% entre idosos.

Assim, como uma forma de intervenção às cardiopatias, a pouco mais de quatro décadas do início do século XIX a cirurgia cardíaca, da forma como conhecemos hoje, começou a se desenvolver e vem evoluindo suas técnicas no decorrer desses anos (BRAILE; GODOY, 2012).

Desse modo, atualmente, existem três tipos de cirurgia cardíaca: reconstrutoras, corretoras e substitutivas, dependendo do grau de comprometimento do usuário (LIRA et al., 2012). Dentre as cirurgias mais comuns, se destacam a troca valvar e cirurgia de revascularização do miocárdio.

A cirurgia cardiovascular é vista como um procedimento com grande capacidade de mobilizar o usuário, pois é associado às considerações simbólicas que possui sobre o coração e o medo da morte. Pode ser também suscitar dúvidas e anseios, onde uma das causas é a pouca informação sobre a dinâmica da internação e o procedimento cirúrgico (CAMPONOGARA et al., 2012; SOUZA; SOUZA; FENILI, 2005).

A hospitalização geralmente é uma ação não desejada ou planejada pelas pessoas, consequência da necessidade de tratamento especializado para a condição de saúde que a pessoa apresenta no momento (BARBOSA; COSTA, 2008).

A hospitalização acarreta momentos estressantes e é comumente visto como uma ameaça, onde os impactos podem ser agravados quando há a menção de intervenção cirúrgica. Os medos relativos aos riscos da cirurgia, a anestesia, da morte, da incapacidade são fatores que interferem no enfrentamento desta pessoa (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

Segundo Kielhofner (1990), no Modelo da Ocupação Humana, são os papéis ocupacionais que impulsionam os valores e os interesses da pessoa em suas ocupações. A quebra desses papéis pode suscitar um processo de mudança intensa com a necessidade de alteração de hábitos

e habilidades já instaurados, prejudicando a participação social. A modificação dos papéis devido a uma DCV pode causar uma potencialização da percepção de sua incapacidade e impossibilitar a pessoa de enxergar possibilidades de readaptação e ressignificação.

Outros aspectos também acometem a pessoa submetida a uma hospitalização, tais como: a quebra de hábitos e rotina, o abandono ou modificações nas ocupações que realizava antes da internação, o afastamento do convívio com familiares e amigos e a submissão a práticas hospitalares necessárias a internação.

Com os hábitos modificados, os papéis ocupacionais que antes eram assumidos podem ser abandonados e modificados por não serem mais compatíveis com as condições de saúde atuais, se alterando pela entrada de uma nova situação na vida da pessoa. A rotina pode passar a girar em torno somente do papel assumido recentemente: o de paciente.

Ser internado e se tornar paciente hospitalar, seja por escolha própria ou não, demanda adaptação para que haja uma transição mais adequada para o contexto hospitalar, permitindo o engajamento nas ocupações que o novo contexto oferece, potencializando a qualidade de vida e proporcionando o bem-estar.

A transição para a internação hospitalar traz importantes mudanças na rotina, com alterações nas ocupações devido à retirada do emprego de seu rol ocupacional, a busca por novas ocupações ou o isolamento e a mudança do papel ocupacional de trabalhador para aposentado que podem interferir em como a pessoa percebe sua vida e as ocupações que realiza. Do mesmo modo, podendo ser este o momento em que encontra novas perspectivas e o desejo de se engajar em algo novo ou de não conseguir balancear seus desejos e necessidades gerando um desequilíbrio ocupacional.

A compreensão de como as pessoas enxergam suas vidas durante o processo de hospitalização, como se adaptam nesta fase e como estão após a mesma, se conseguiram se planejar e executar seu plano, se foram capazes de se engajar nas ocupações às quais desejavam, são fatores que afetam a satisfação e a reorganização ocupacional durante e após a internação, que pode ser severamente afetada pela mudança que representa.

Dentro do rol de profissionais do contexto hospitalar, o terapeuta ocupacional é aquele que focaliza sua atuação no cotidiano e nas ocupações, com enfoque na história ocupacional, qualidade de vida e funcionalidade, contribuindo para a redução das complicações decorrentes das patologias, do tempo de internação e das reinternações (DE CARLO *et al.*, 2018; GALHEIGO; TESSUTO, 2010).

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), dentro do contexto hospitalar a Terapia Ocupacional pode desempenhar procedimentos de avaliação, intervenção e orientação em conjunto a intervenções de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção e reabilitação, sendo esta atuação realizada com o usuário e o familiar/cuidador (BRASIL, 2014).

As ocupações são centrais na vida do ser humano. Em torno delas se criam contextos, vínculos, papéis e se constrói a identidade pessoal. Elas se alteram, modificam ou são abandonadas por diversos motivos de acordo com a fase da vida, fases essas que podem ser entendidas como faixa etária, saúde-doença, mudanças de contexto ou modificações nos gostos pessoais. A ocupação relaciona-se à qualquer natureza, seja ela mental, social, física, sexual, espiritual ou política, sendo um meio de encontrar, por meio dela, pertencimento e um meio de autoexpressão (WILCOCK; TOWNSEND, 2014).

O foco desta forma de compreensão são os atores participantes das ocupações dentro de seus contextos dan-

do importância para a ligação entre atividade, participação e saúde, buscando oferecer soluções para as variadas necessidades das pessoas.

Neste contexto, o atendimento grupal pode ser considerado um recurso no acolhimento à pessoa hospitalizada e suas demandas. Dentro desta forma de atendimento, é possível discutir propostas de atividades que proporcionem o compartilhamento de informações, experiências, preocupações e dúvidas entre os participantes em conjunto com a moderação profissional (BALBINO et al., 2015).

Segundo Gurgel e colaboradores (2011), Ferreira Neto e Kind (2011) e Bastos (2010), os grupos são espaços importantes para a promoção e a educação em saúde, onde podem ser locais de escuta e como fomentador da educação em saúde, um meio de possibilitar a transmissão de conhecimentos, críticas e discussões e construção de práticas saudáveis em saúde dentre seus participantes.

Na Terapia Ocupacional, os atendimentos grupais a relação entre a terapeuta, a atividade e os participantes é de extrema importância como recurso para a construção de estratégias de enfrentamento e fomento de habilidades para a adaptação ao novo contexto, tendo como objetivo principal a repercussão no cotidiano e nas ocupações (JOAQUIM et al., 2014; MAXIMINO; LIBERMAN, 2015).

Fundamentando-se nesta compreensão, este relato se propõe a elucidar sobre realização de atendimentos grupais no pré e pós-operatório cardíaco em atendimentos terapêuticos ocupacionais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e descritivo, do tipo relato de experiência profissional. Optou-se pela pesquisa qualitativa pois esta objetiva responder questões que dificilmente podem ser traduzidas em números, relacionadas ao mundo das relações e das repre-

sentações. Além de se aprofundar em compreender significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e das atitudes, sendo essas expostas pelos próprios pesquisados (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

O relato de experiência é uma modalidade de coleta e análise de dados pertencente ao território da pesquisa qualitativa, que consiste na reinscrição e na elaboração atuada por meio de trabalhos da memória, em que o sujeito pesquisador foi afetado e construiu seus direcionamentos de pesquisa ao longo do tempo em determinado ambiente passando por determinados processos que apresentará, finalmente, algumas de suas compreensões a respeito do vivido. Este valoriza a explicitação descritiva, interpretativa e compreensiva de fenômenos, circunscrita num tempo histórico (DALTRO; FARIAS, 2019).

Será de caráter descritivo pois teve o intuito primordial de descrever características de uma determinada população ou até a identificação da existência de relação entre as variáveis (GIL, 2002).

Este visa retratar a vivência sobre os atendimentos grupais realizados em contexto hospitalar no período de agosto e setembro de 2021 durante a especialização por um programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular.

A experiência ocorreu na clínica cirúrgica, responsável por receber as pessoas em pré e pós-operatório de cirurgias cardiovasculares de um hospital público de referência em cardiologia da região amazônica, sendo este um dos ambientes de práticas ofertados pela residência.

As vivências foram registradas em diário de campo pelas mediadoras com o registro da quantidade de participantes, proposta de intervenção, observações gerais sobre os participantes, demandas e dúvidas levantadas pelos integrantes do grupo e percepções sobre a mediação do atendimento.

O AMBIENTE DA INTERNAÇÃO E O USUÁRIO

O hospital que abrigou esta vivência é a referência local para assistência à saúde cardiovascular, atendendo as pessoas da região metropolitana e de todos os municípios do estado em que se localiza, por meio de demanda espontânea ou por encaminhamentos. O espaço conta com a atuação em nível ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade e abriga os cenários de prática da Residência em Atenção à Saúde Cardiovascular (FPHCGV, 2022).

A clínica cirúrgica recebe usuários com faixa etária a partir dos 13 anos, admitidos de forma eletiva ou de urgência, em pré e pós cirúrgico de procedimentos gerais, cardiovasculares, urológicas e vasculares, onde possuem tempo médio de internação de uma a duas semanas para cada uma das duas fases (FPHCGV, 2022). Para este relato o foco está nos usuários que foram internados por processos pré e pós-cirúrgicos cardiovasculares e seus acompanhantes, devido a serem os públicos-alvo dos atendimentos em grupo que ocorreram.

OS PARTICIPANTES DAS VIVÊNCIAS

O passo inicial antes da realização dos atendimentos em grupo era o levantamento a partir dos prontuários de pacientes internados em fase de pré e pós-cirurgia cardíaca, seguido da triagem dos usuários. Os usuários foram triados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter como diagnóstico principal uma DCV, estar na programação de cirurgia cardiovascular ou já ter passado pelo procedimento cirúrgico durante a internação e ter capacidade para se locomover para o local onde os atendimentos foram realizados. Já para os acompanhantes, o critério de inclusão foi estar acompanhando o usuário no dia do atendimento.

Com os dados desses usuários, foi feita a busca ativa destas pessoas e o convite para a participação dos

atendimentos grupais uma hora antes do início do grupo, para que os que aceitassem pudessem se organizar, com um lembrete 10 minutos antes do horário combinado. O convite era feito à beira do leito, onde eram elucidados sobre o propósito do grupo.

Os grupos foram realizados na sala de espera da clínica de internação, por ser um espaço aberto e amplo, no turno da manhã, para os grupos de pré-cirurgia, e da tarde, para os grupos de pós-cirurgia, moderados pelas profissionais residentes de Terapia Ocupacional, pela terapeuta ocupacional efetiva do setor, havendo também a presença de outros profissionais convidados da equipe multiprofissional.

Foram estruturados uma vez por semana, com duração de no máximo 1 hora, onde os participantes foram convidados de acordo com os critérios de inclusão, sendo dada preferência àqueles de pré-cirúrgico que estavam com datas mais próximas da realização da cirurgia, de acordo com a programação cirúrgica da instituição, e os de pós-cirúrgico que estavam próximos da alta hospitalar.

DISCORRENDO-SE SOBRE O ATENDER COM GRUPOS: A ESCOLHA DOS TEMAS PARA OS GRUPOS

O delineamento dos atendimentos grupais envolveu a decisão pelos seguintes objetivos a serem alcançados pelas intervenções: disponibilizar um espaço de trocas sobre as vivências pré e pós-cirúrgicas cardiovasculares durante a internação, acolher as demandas acarretadas pelo processo de hospitalização, orientar sobre a dinâmica hospitalar, suas rotinas e os impactos ocupacionais e prover a fomentação de estratégias de enfrentamento.

Os grupos possuíam um roteiro semiestruturado para abordar os seguintes tópicos: apresentação dos participantes, fluxo e dinâmica de hospitalização no proces-

so de cirurgia cardíaca, fluxo de reabilitação cardíaca nas fases 1 e 2, desempenho ocupacional durante o processo de internação. Apesar do roteiro, o grupo também estava aberto a abordar as demandas observadas e relatadas pelos participantes que envolvam o papel ocupacional de ser paciente.

Durante a realização destes, foi dado ênfase em educação em saúde com entrega de materiais informativos, uso de recursos audiovisuais, dinâmicas e atividades expressivas.

A escolha destes temas foi motivada pelas dúvidas apresentadas pelos usuários do setor e identificadas durante os atendimentos individuais com os profissionais de Terapia Ocupacional e com os demais integrantes da equipe multiprofissional.

OS ATENDIMENTOS GRUPAIS

Devido ao contexto de pandemia instaurada pelo surgimento do Sars-CoV-2 (COVID-19), vigente no período da vivência, se faz importante mencionar que os atendimentos foram autorizados a acontecer pela gerência técnica do setor. Para que os atendimentos fossem realizados com segurança, estes ocorreram com um número reduzido de participantes, com distanciamento de 1,5 metro entre os presentes, disponibilização de álcool em gel e uso constante de máscaras.

Os atendimentos em grupo ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2021, totalizando cinco intervenções, com uma média de quatro participantes usuários e três participantes acompanhantes por grupo realizado. Um atendimento foi realizado mesclando os dois públicos, dois atendimentos somente com participantes que já passaram pela programação cirúrgica, dois atendimentos com os que estavam no aguardo do procedimento (Tabela 1).

A condução dos grupos foi feita de modo interativo com os participantes, instigando-os a compartilhar suas experiências da internação que estavam passando enquanto as informações eram gradualmente repassadas para que assim houvesse uma troca de saberes.

Ao final de todos os grupos e após a liberação dos participantes, era dedicado um tempo para a evolução em prontuário sobre o atendimento, com a descrição da intervenção, demandas levantadas e percepções das mediadoras sobre a participação dos usuários e seus acompanhantes. A equipe multiprofissional do setor sempre era avisada sobre a ocorrência dos grupos para que mantivessem o controle de atendimentos e medicações dos pacientes participantes.

Tabela 1 - Quantitativo de participantes por grupo

Grupo	Público	Participantes	
		Usuários	Acompanhantes
1	Pré e pós-operatório	7	4
2	Pré-operatório	5	4
3	Pré-operatório	3	3
4	Pós-operatório	3	3
5	Pós-operatório	5	4

Fonte: Diário de Campo.

O ENGAJAMENTO DOS PARTICIPANTES

No início de cada atendimento foi realizada uma dinâmica para que os participantes se apresentassem, dizendo seu nome, diagnóstico e expectativas quanto à internação, visando fomentar um vínculo terapêutico dos participantes entre si e dos participantes com as mediadoras e facilitar a socialização.

O estabelecimento de vínculo terapêutico se faz necessário na medida em que ele promove uma via de troca, tornando a relação mais empática e facilitando a comunicação aberta (AOTA, 2020).

Durante os atendimentos grupais foi possível observar diferentes expressões de participação dos usuários e acompanhantes. Enquanto alguns relataram suas experiências e interagiam com as informações de forma espontânea, gesticulando e olhando para os demais presentes no ambiente, outros pouco compartilhavam com o grupo, com uma postura corporal mais fechada, necessitando do incentivo das mediadoras.

Ao se comparar os atendimentos grupais, constatou-se que no grupo no qual houve a mescla entre pacientes pré e pós-cirúrgicos e seus acompanhantes, o compartilhamento de informações e experiências sobre as duas fases no mesmo momento trouxe um desconforto para os participantes que ainda estavam na espera da cirurgia. Porém nos grupos com o público homogêneo de pré e de pós, os participantes estabeleciam uma relação de identificação mais segura entre si.

A PARTILHA DE SENSAÇÕES E SENTIMENTOS

Considerando o roteiro semiestruturado estabelecido para uso durante os atendimentos grupais, os tópicos abordados suscitaram entre os participantes uma oportunidade de sanar dúvidas acerca do diagnóstico, surgindo também a pauta sobre a relação entre as comorbidades e estes diagnósticos.

Jorge e Toldrá (2017) retratam em sua pesquisa o ruído de comunicação que pode haver entre a equipe de saúde e as pessoas atendidas, onde há dificuldade de se obter informações sobre o quadro clínico e suas implicações de forma clara e acessível. Essa dificuldade pode ser causada por questões culturais, emocionais, psicológicas e sociais do usuário e do acompanhante, prejudicando a compreensão das informações, e pode estar relacionada a questões da rotina institucional e carga de trabalho dos profissionais (JORGE; TOLDRÁ, 2017).

A partir da nova compreensão dos participantes sobre a relação diagnóstico e comorbidades, outra reflexão percebida foi sobre a autopercepção do histórico de comportamentos que levaram à hospitalização. Os usuários compartilharam as ações que praticaram no período anterior à internação que entendiam ser como catalisadoras do agravamento do seu quadro de saúde, sendo esta uma ocasião em que se distinguiram vários comportamentos semelhantes como ingestão de alimentos de forma inadequada, sedentarismo, mau uso de medicações, negligência a saúde e rotina em desequilíbrio.

Sendo um componente do escopo da atuação do terapeuta ocupacional, a organização de rotina para favorecer a gestão em saúde, a adesão a novos hábitos e ao tratamento clínico se torna uma possibilidade de intervenção que pode auxiliar o usuário na manutenção de sua saúde e prevenção de agravos que acarretem uma reinternação.

Este também foi um contexto de compartilhamento de receios e angústias dos pacientes em relação à cirurgia iminente. O coração é um órgão que possui um significado cultural como um importante órgão relacionado às emoções e controlador da energia vital, dessa forma, uma cirurgia nesse órgão tende a suscitar estresse emocional tanto no paciente quanto em sua família relacionado ao medo da finitude, a ameaça ao futuro planejado, receio de apresentar limitações físicas, de perder autonomia e sobre a reestruturação da rotina (CASTRO et al, 2019).

Além disso, surgiram também nos relatos dos grupos as dificuldades relacionadas ao processo de hospitalização, que incluem a necessidade de adaptar-se a uma nova rotina de atividades, de alimentação, de procedimentos invasivos, que é a dinâmica institucional que muitas vezes diferem de seu contexto cultural. Aliado a isso, Castro et al. (2019) ressalta também a separação da família e da casa, a perda de liberdade e até despersonalização e a incerteza de sua evolução clínica.

A espiritualidade e religiosidade foram aspectos relevantes para os pacientes ao se debruçar sobre os questionamentos quanto às suas vidas e na expressão de seus medos e angústias, a fé estava presente em seus discursos e atividades, mostrando-se um potencial mecanismo de enfrentamento diário, considerado fonte de força, suporte, segurança e esperança sobre sua vivência atual. Além disso, a espiritualidade e a fé estão relacionadas a uma melhor adesão ao tratamento, assim como na confiança dos pacientes nos procedimentos e equipe de saúde (SILVA; MAZZI, 2019).

A religiosidade mostra-se significativa para os pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, pois é utilizada para manter o bem-estar espiritual em meio às crises existenciais vivenciadas nesse período, como a busca por significado e os questionamentos internos sobre os motivos de cada situação ocorrer. Sendo assim, o encontro e manutenção desse bem-estar ajuda a dar sentido ao processo difícil pelo qual o paciente e seus familiares estão passando (BEZERRA et al., 2018; GOMES; BEZERRA, 2020).

Através dos atendimentos grupais, os participantes tiveram a oportunidade de encontrar pessoas que estavam passando por situações semelhantes e com as quais poderiam trocar experiências. Este acontecimento proporcionou conforto aos usuários e aos acompanhantes, que puderam se conectar com outras pessoas, além dos profissionais de saúde, que também estavam no processo de adaptação aos novos papéis ocupacionais, rotinas e contextos.

Os grupos também viabilizaram a ressignificação do processo de hospitalização e do ser cardiopata, onde o esclarecimento das dúvidas apresentadas pelos participantes permitiu uma nova interpretação dos seus estados atuais e a concepção de novas perspectivas para o futuro, com a construção de sentido para prosseguir com o tratamento e retornar ao desempenho de suas ocupações.

Expressões de preocupação com a alta hospitalar também foram presentes nos grupos, na qual se traduziam como seriam os cuidados pós-operatórios em casa, para o quais ocupações poderiam retornar e quando, como lidar com possíveis sintomas e o medo de não ter a presença constante da equipe de saúde.

A continuidade no cuidado a saúde após a alta hospitalar se torna um momento delicado para o usuário e o familiar/cuidador, pois essa transição perpassa pela transmissão do cuidado feito pela equipe de saúde para o cuidar em casa, onde é desenvolvido no contexto do usuário, que, por sua vez, envolve a realidade física e cultural do mesmo (FLESC, 2013; CABRAL; NUNES, 2015).

O terapeuta ocupacional, no contexto de atuação no campo da saúde, possui uma gama de técnicas assistenciais para auxiliar no retorno ou na adaptação ocupacional e reinserção na comunidade, trabalhando no desenvolvimento de habilidades e intervindo nas demandas de ordem funcional, social ou emocional (SANTOS; DE CARLO, 2013).

Uma destas demandas dos usuários foi a transição de receber os cuidados para ser um dos agentes principais na gestão de sua saúde após a alta. Como o hospital é um espaço de curta permanência, é importante que haja desde a admissão do usuário um direcionamento para a preparação para a alta, com o fornecimento de orientações e treinamento dos usuários e familiares/cuidadores (BRITTON; ROSENWAX; MCNAMARA, 2015).

Estes atendimentos proporcionaram subsídios para atendimentos individuais de acordo com as novas demandas apresentadas pelos participantes, onde cada pessoa atendida possuía o seu plano terapêutico voltado a sua subjetividade e individualidade e que demandava uma atenção mais específica do terapeuta.

O PAPEL DE MEDIADORA

Um dos desafios para a realização dos grupos foi em realizá-los de forma a manter a segurança dos participantes e para isto, foi feita a organização prévia do espaço com a reserva do local e o aviso a equipe do setor, para que se evitasse aglomerações e o fluxo de pessoas que não participariam dos grupos.

No momento dos convites a beira leito e antes de iniciar os grupos foram feitas orientações aos participantes com relação a biossegurança, reforçando ser um fator importante para o bom andamento do atendimento e para a proteção individual de todos os presentes. Estas medidas se mostraram eficientes na manutenção da segurança e contenção da contaminação pelo Sars-CoV-2.

Apesar dos atendimentos grupais terem sido implantados para atender as demandas emergentes dos usuários nos atendimentos individuais, a participação nestes grupos possibilitou a manifestação de outras demandas pelos usuários e familiares/cuidadores que nos atendimentos individuais anteriores não haviam sido suscitados e que careceram de um acompanhamento individualizado, talvez acarretadas pelo compartilhamento de experiências entre os participantes.

Algumas destas demandas foram: presença de sintomas, dificuldades na adaptação à rotina hospitalar, pouca compreensão entre a relação dos hábitos e o adoecimento, pouca compreensão do procedimento cirúrgico, sensação de impotência/incapacidade, alterações nos relacionamentos familiares, e tendência a negligenciar o autocuidado.

O surgimento destas demandas fez com que as terapeutas revisitassem os planos terapêuticos de cada usuário para analisar possíveis modificações para atender as instâncias e prover uma assistência de qualidade.

Os grupos forneceram uma nova forma de interação entre a equipe e os participantes, no qual os grupos foram um espaço de acolhimento e escuta, o que promoveu uma melhora no vínculo terapeuta-paciente-cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atendimentos grupais com os usuários em pré e pós-operatório cardiovascular e seus acompanhantes se mostraram efetivos em atender os objetivos propostos, tornando-se um dispositivo capaz de disponibilizar um espaço de trocas sobre as vivências pré e pós-cirúrgicas cardiovasculares durante a internação, acolher as demandas acarretadas pelo processo de hospitalização, orientar sobre a dinâmica hospitalar, suas rotinas e os impactos ocupacionais e prover a fomentação de estratégias de enfrentamento.

Em nossa experiência, compreendeu-se que a realização de grupos com os públicos de pré e pós-operatório separados, oferece uma maior abertura para os pacientes de expressarem e exporem suas dúvidas, anseios e vivências, sendo também possível orientar de forma mais específica para cada fase da internação.

A cada encontro era compartilhado com a equipe multiprofissional – com os profissionais que não participaram – os principais pontos trabalhados e a resposta geral dos participantes. Devido aos resultados obtidos com estes cinco encontros, foi ofertada a construção de um projeto institucional para a estruturação dos grupos de forma contínua no setor.

Por fim, se faz significativo mencionar a importância da residência multiprofissional enquanto promotor da integração entre o serviço e o ensino, ofertando locais de prática e profissionais para auxílio e orientação no fomento da educação dos terapeutas ocupacionais na área da saúde cardiovascular, reforçando a necessidade de se

manter a qualidade nas formações de pós-graduação *latu sensu* para que haja a inserção de profissionais qualificados voltados para o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AOTA – Associação Americana de Terapia Ocupacional (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3^a ed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**; jan.-abr. 2015;26(ed. esp.):1-49.

BALBINO, F. S. et al. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 297-302, 2015.

BARBOSA, L. N. F.; COSTA, V. A. S. Atuação do psicólogo em hospitais. In: BARBOSA, L. N. F; FRANCISCO, A. L. (Orgs). Modalidades clínicas de práticas psicológicas em instituições. Recife: **FASA**, p. 21-32. 2008.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, 2010.

BEZERRA, S.M.; GOMES, E.T.; GALVAO, P.C.; SOUZA, K.V. Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 71, n. 2, p. 398-405, 2018.

BRAILE, D. M.; GODOY, M. F. História da cirurgia cardíaca no mundo. **Rev Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 27 n. 1, p. 125-36, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução n° 445 de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução-COFFITO n° 418/2011, que fixa

e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo terapeuta ocupacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, seção 1, p. 128-132.26 abr 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. **Brasília**: MS; 2016.

BRITTON, L.; ROSENWAX, L.; MCNAMARA, B. Occupational therapy practice in acute physical hospital settings: Evidence from a scoping review. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 62, n. 6, p. 370-377, 2015.

CABRAL, B. P. D. A. L.; NUNES, C. M. P. Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado prestado ao idoso hospitalizado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 118-127, 2015.

CAMPONOGARA, S. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 382-390, 2012.

CASTRO, L.V. et al. O Impacto Emocional Da Cirurgia Cardíaca. **Revista Científica Fagoc Multidisciplinar**. v. 4, 2019.

COSTA, V. A. D. S. F.; SILVA, S. C. F. D.; LIMA, V. C. P. D. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 2, p. 282-298, 2010.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

DE CARLO, M. M. R. P.; KEBBE, L. M.; PALM, R. C. M. Fundamentação e processos da terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. In M. M. R. P. DE CARLO, & A. M. KUDO (Orgs.), **Fundamentação e processos da terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos**. São Paulo: Editora Payá, 2018.

Doenças cardiovasculares. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 05 set 2020.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. **Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FLESCHE, L. D. **Pacientes idosos e seus cuidadores: um estudo específico sobre a alta hospitalar** [Dissertação]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2013.

FUNDAÇÃO PÚBLICA HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA – FPHCGV. Internação. Belém. Disponível em: http://www.gasparvianna.pa.gov.br/site_novo/wp/ambulatorios/internacao/. Acesso em: 03 de março de 2022.

FUNDAÇÃO PÚBLICA HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA - FPHCGV. Serviço de arquivo médico e estatística. Belém. Disponível em: http://www.gasparvianna.pa.gov.br/site_novo/wp/hospital/hc-em-numeros. Acesso em: 03 de março de 2022.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 20-28, 2008.

GBD 2017 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**. v.392, n.10159, p.1736-1788, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. D.; TEIXEIRA, L.; RIBEIRO, J. Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo 4ª Edição. Versão Portuguesa de *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4th Edition* (AOTA - 2020). **Politécnico de Leiria**. 2021.

GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. Religiosidade, bem-estar espiritual e cuidado transpessoal no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Cuidarte**. v. 11, n.2, 2020.

GURGEL, M. G. I. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 610-615, 2011.

JOAQUIM, R. H. V. T.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B. P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 145-150, 2014.

LIRA, A. L. B. C. *et al.* Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 5, n. 13, p.1171-1181, 2012.

MANTHEY, J. et al. National, regional and global mortality due to alcoholic cardiomyopathy in 2015. **Heart**. v. 104, p. 1663-1669, 2018.

MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. **Grupos e Terapia Ocupacional: formação, pesquisa e ações**. São Paulo: Summus, 2015.

MINAYO, M. C. S (org); DESLANDES, S. F; GOMES; R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SANTOS, C. A. V.; DE CARLO, M. M. R. P. Hospital como campo de práticas: revisão integrativa da literatura e a terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 1, 2013.

SILVA, T.C.; MAZZI, N. R. A espiritualidade no cuidado perioperatório: a perspectiva do paciente. **J. nurs. health.**; v. 9, n. 2, 2019.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, R. M. Orientação pré-operatória ao cliente—uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 7, n. 2, 2005.

THEME FILHA, M. M.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol.** v. 18 (supl. 2), p. 83-96, 2015.

WILCOCK, A. A.; TOWNSEND, E. A. (2014). **Occupational justice**. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen; M. Scaffa (Eds.), Willard and Spackman's occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 12th ed. p. 541–552. 2014.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Definition of occupation (2012). Disponível em: <<http://www.wfot.org/aboutus/aboutoccupationaltherapy/definitionofoccupationaltherapy.aspx>>. Acesso em: 25 out 2019.

CAPÍTULO 6

REFLEXÕES SOBRE OS MAUS-TRATOS E O DESEMPENHO OCUPACIONAL DE CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE SOCIAL

*Elson Ferreira Costa
Giovanna Gonçalves Sodré
Isabel Cristina Santos Rodrigues
Jonatha Almeida Barros*

INTRODUÇÃO

Este capítulo busca refletir acerca das repercussões dos maus-tratos sobre o desempenho ocupacional de crianças em situação de vulnerabilidade social e relatar experiências acadêmicas curriculares do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará no contexto social.

No Brasil, ao passar dos séculos, a visão sobre a criança e a infância foi geralmente amparada por questões de abandono, omissão e violência perante as suas necessidades. Indivíduos vistos como adultos apesar da idade, sem a visão de que é um ser em desenvolvimento, precisando de cuidados necessários e específicos de forma saudável (ALMEIDA; MARTINS, 2009; BULHÕES, 2018).

No século XVII, por exemplo, a expectativa de vida da criança era de 14 anos, enquanto uma parcela morria antes de completar os 7 anos de idade. Ocasionalmente por uma variedade de fatores, principalmente os maus-tratos, como negligência de higiene e saúde. Essa situação aca-

bava por tornar a criança como um ser sem grandes expectativas, principalmente nas classes menos favorecidas (ALMEIDA; MARTINS, 2009; BULHÕES, 2018).

Apenas no início do século XX esse panorama começa a ser moldado, por meio de estudiosos, os quais passaram a compreender a infância de outra forma. Nesta perspectiva, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) foi fundamental para tomar medidas em prol dos direitos da criança. Destaca-se como grande marco a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, no final da década 90, abolindo o Código de Menores de 1979, e estabelecendo direitos a todas as crianças (ALMEIDA; MARTINS, 2009; BULHÕES, 2018).

Porém, nessa transição, o preconceito estrutural em torno da infância em situação de pobreza ainda era presente, havendo negação destes direitos e de serem tratados como sujeitos. Atualmente, existem serviços de encaminhamento de denúncias quando houver violação dos direitos infantis, como por exemplo o Disque Denúncia (ALMEIDA; MARTINS, 2009; BULHÕES, 2018).

CONCEITO DE MAUS-TRATOS: QUATRO TIPOS DE MAUS-TRATOS

Os maus-tratos infantis podem ocorrer nas seguintes formas: física, psicológica, sexual e negligências, ocasionando algumas morbidades. Muito frequentemente essas violências são praticadas no espaço intrafamiliar. Tal contexto pode decorrer de conflitos relacionados a gênero e geração, dando consequência a situação de abuso e/ou de opressão. Tendo em vista que violência é toda a ação que ocasiona lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (JUNIOR; BORGES; SANTOS, 2015; NUNES; SALES, 2016)

A negligência é a violência mais característica que acomete a criança, ainda assim, é de difícil identificação

por envolver aspectos sociais e culturais das famílias. As vítimas deste tipo de violência, em seus primeiros dez anos de vida, possuem comportamento de desvio de conduta. Um outro aspecto é quanto mais jovem a criança for, maior é a probabilidade dela sofrer violência, representando um valor de 40% das fatalidades (NUNES; SALES, 2016).

As características da negligência são descaso com a segurança e bem-estar da criança, bem como cuidados à saúde, por exemplo a recusa dos pais em respeitar o calendário vacinal, tratamento medicamentoso, orientação educacional e preventiva. Outros comportamentos de pais negligentes são o descaso com a higiene, descuido na guarda, no preparo ou na oferta de alimentos, despreocupação com o rendimento escolar, culpabilização da criança quanto às dificuldades apresentadas por ela e entre outros (BRASIL, 2010).

O abuso físico é a violência mais frequente, destacando em alguns cenários o espancamento. Geralmente é ocasionado pelas dificuldades sociais diárias levando a desestruturação nas relações familiares. O castigo corporal é uma violência física e não deve ser utilizada como forma educativa de impor limites às crianças. O correto a se fazer é sempre buscar orientação por meio do diálogo (NUNES; SALES, 2016; BRASIL, 2010).

Outro tipo de violência é a psicológica, caracterizada quando uma ação prejudica a autoestima, a identidade ou o desenvolvimento da criança. Esta manifesta-se quando há ocorrência de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes ou mesmo quando a criança é usada para atender a necessidade psíquica de terceiros. Suas consequências são progressivas, especialmente para o desenvolvimento psicoemocional, repercutindo em comportamentos atípicos, como angústia e ansiedade (BRASIL, 2010).

Há ainda a violência sexual, que envolve todas as ações que estimulem sexualmente a criança para que ocorra satisfação de cunho sexual de outrem, tanto em relações heterossexuais como homossexuais. Seus contextos são: estupro, incesto, assédio sexual, pornografia, manipulação de genitália, entre outros. São de maior ocorrência em contextos familiares, nos quais possuem uma relação de dependência ou confiança (BRASIL, 2010).

Nunes e Sales (p. 875, 2016) afirmam que:

“(...) compreende-se que quanto menor a idade, maior a vulnerabilidade e o risco de violência, pois o desempenho das atividades básicas de sobrevivência depende inteiramente do cuidador, requerendo habilidades inerentes ao cuidar o que pode se tornar um fator estressante para quem demanda o cuidado” (NUNES; SALES, p. 875, 2016).

É importante que se tenha a prevenção de violência infantil, não só no âmbito do Estado, mas como algo que envolva a sociedade como um todo, principalmente por serem múltiplos os fatores para sua ocorrência. A prevenção pode ocorrer de três maneiras: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é quando ocorre a eliminação ou redução dos fatores de risco; a secundária acontece quando há detecção de criança em situação de risco; e, por último, a terciária ocorre quando a vítima e o agressor são acompanhados (MARTINS; JORGE, 2010).

Nesse sentido, é de suma importância haver profissionais qualificados para atender crianças violentadas, que estejam familiarizados com os indicadores de abuso e abandono, a fim de reconhecer precocemente esses casos. Além disso, é necessário que seja feita notificação, identificação, avaliação e tratamento de profissionais especializados na área (MARTINS; JORGE, 2010).

CONCEITO DE DESEMPENHO OCUPACIONAL: AS OCUPAÇÕES

Segundo a *American Occupational Therapy Association* - AOTA (2020), a Terapia Ocupacional é a profissão que se utiliza, terapeuticamente, de ocupações da vida cotidiana de pessoas, grupos ou populações, com o objetivo de reforçar ou possibilitar a participação. O terapeuta ocupacional detém o conhecimento da relação transacional entre o cliente, o envolvimento deste em ocupações significativas e o contexto para basear seus planos de intervenção.

A Terapia Ocupacional compreende as ocupações como sendo centrais para a saúde, identidade e sentido de competência de um cliente (pessoa, grupo ou população), e, ainda, possui um significado e valor particular para cada indivíduo (AOTA, 2020). Nessa perspectiva, segundo a *World Federation of Occupational Therapy* (WFOT), as ocupações:

[...] referem-se às atividades diárias que as pessoas realizam como indivíduos, em famílias e com comunidades para preencher tempo e trazer sentido e propósito à vida. As ocupações incluem atividades que as pessoas precisam, querem e se espera que façam (WFOT, 2012).

As ocupações possuem um significado específico para cada cliente em eventos da vida diária, assim como a sua participação é considerada tanto o meio como o fim no processo de Terapia Ocupacional. Elas ocorrem em contextos e são influenciadas pela interação entre padrões de desempenho, competências de desempenho e fatores do cliente (AOTA, 2020).

Além disso, as ocupações ocorrem ao longo do tempo, apresentam propósito, significado e utilidade percebida pelo cliente, bem como podem ser observadas por ou-

tros ou ser compreendidas apenas pela pessoa envolvida. São categorizadas como: atividades da vida diária (AVDs); atividades instrumentais da vida diária (AIVDs); gestão da saúde; descanso e sono; educação; trabalho; brincar; lazer e participação social. É importante destacar que dentro de cada uma dessas categorias encontram-se outras ocupações específicas (AOTA, 2020).

A relevância com que um cliente está envolvido numa determinada ocupação é importante, e, cabe aos terapeutas ocupacionais avaliarem a capacidade do cliente de se envolver no desempenho ocupacional, no qual é definido como a realização da ocupação selecionada, resultante da relação dinâmica entre o cliente, os seus contextos e a ocupação. Ou seja, o desempenho ocupacional consiste na capacidade de realizar tarefas que permitam o desempenho e a participação nos diversos papéis ocupacionais do indivíduo (AOTA, 2020; FERNANDES; SANTANA; PESTANA, 2016).

Na resolução nº 383, de 22 de Dezembro de 2010 do COFITTO, na qual define as competências do terapeuta ocupacional nos contextos sociais, no artigo 2º e 3º, o terapeuta ocupacional estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de indivíduos, famílias, grupos e/ou comunidades, por meio de interpretações do desempenho ocupacional dos papéis sociais. Cabendo a esses planejar, coordenar, desenvolver, acompanhar e avaliar estratégias para a emancipação social, desenvolvimento socioambiental, econômica e cultural através da tecnologia complexa de mediação sócio-ocupacional (COFITTO, 2014).

Sendo que o desempenho ocupacional não existe de forma isolada, o contexto em que o cliente está inserido deve ser sempre levado em consideração. Os terapeutas ocupacionais enxergam a variedade de fatores que perturbam ou fornecem poder a essas ocupações, assim como

influenciam o envolvimento e a participação dos clientes em ocupações significativas. Não obstante, deve-se levar em consideração o envolvimento do cliente nas ocupações, pois a história de um pode incluir uma participação ocupacional negativa, traumática ou não saudável (AOTA, 2020).

Nas práticas, os terapeutas ocupacionais consideram as interações dos indivíduos com os ambientes que frequentam e as ocupações que se envolvem para ponderar intervenções que habilitem esses clientes a desempenhar efetivamente ocupações que querem, desejam ou precisam realizar. As crianças, enquanto seres ocupacionais, também experimentam dessa conjectura, partindo do entendimento de sua participação em ocupações e de seu desenvolvimento (FOLHA; DELLA BARBA, 2021).

As ocupações são arranjos de tarefas que possuem significado para a criança, refletindo expectativas, restrições e suportes do ambiente. As identidades infantis são ajustadas a partir do que as crianças fazem, logo, é importante destacar a relevância das ocupações nos seus cotidianos. Além disso, é essencial compreender as experiências que essas crianças tiveram e de vivenciar as ocupações que foram oportunizadas a elas (FOLHA; DELLA BARBA, 2021).

No estudo de Folha e Della Barba (2020), foi possível identificar quais ocupações vêm sendo descritas na literatura científica e para os profissionais de Terapia Ocupacional, como sendo ocupações típicas do público infantil. O brincar foi o tema largamente abordado, enquanto principal e importante ocupação infantil, assim como a educação, mostrou-se sendo uma ocupação significativa para esse público.

Uma das maneiras pelas quais as crianças se relacionam, aprendem e compreendem o mundo é pelo brincar, sendo por meio dessa atividade que elas aprendem

a solucionar problemas, lidando com frustrações e experimentando novas formas de enfrentamento. O terapeuta ocupacional que trabalha com essa população deve ter suporte teórico a respeito dos diversos aspectos que estão envolvidos no brincar para o desenvolvimento infantil e ocupacional, incluindo os aspectos cognitivos, sensório-motores, sociais e emocionais (GOÊS, 2018).

A Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2020) considera o brincar um dos domínios da Terapia Ocupacional. O brincar favorece um crescimento humano saudável, aumentando assim a probabilidade de que este se torne um adulto com bom equilíbrio físico e emocional. O terapeuta ocupacional, em seu campo de atuação, facilita as ações realizadas pelos infantes, por meio de atividades que sejam de interesse delas e que tenham alguma importância para o seu desenvolvimento ocupacional (GOÊS, 2018).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) define educação como um processo formativo que se desenvolve na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Essa lei disciplina a educação escolar, na qual se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino em instituições próprias (BRASIL, 1996).

A educação é uma das ocupações, segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2020). Para Campos (2019), é necessário compreender os contextos ocupacionais específicos e seus impactos no papel ocupacional do estudante. Nesse sentido, a execução e a participação nas ocupações características ao contexto escolar são centrais para o terapeuta ocupacional que atua em contextos escolares.

Sendo assim, compreende-se que as ocupações brincar e educação como uma das principais na infância,

no que se refere à produtividade. Nesse ínterim, para a realização e a participação efetiva nessas ocupações, as crianças necessitam de estímulos e da oportunidade de exercerem essas ocupações, sendo responsabilidade da família, possibilitar às suas crianças um desenvolvimento saudável, a fim de que essas possam desempenhar suas ocupações satisfatoriamente.

A RELAÇÃO ENTRE OS MAUS-TRATOS E O DESEMPENHO OCUPACIONAL

A violência contra crianças constitui, ao longo da história da humanidade, um fenômeno global, complexo e polissêmico. Sendo que os maus-tratos ocorrem, principalmente, no ambiente familiar. Socialmente, a família é considerada como o espaço protetivo, seguro e de trocas afetivas, todavia, quando nesse espaço ocorrem abusos e violências, torna-se um cenário de agressão e sofrimento para a criança (FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019).

Segundo Silva (2021), a família é o principal ambiente em que a criança está inserida, e o qual detém a maior responsabilidade em preparar seus membros mais novos para o convívio pleno em sociedade. É a família que compõe o primeiro grupo social ao qual o ser humano tem contato, é esse contexto que possibilita o processo de desenvolvimento e amadurecimento da criança.

Compete aos membros adultos, o compromisso em conduzir aos indivíduos mais novos, os conhecimentos culturais e as regras e normas impostas para um convívio efetivo. Os adultos também têm a obrigação de definir o que é certo ou errado, transmitir as crenças familiares e as dimensões dos sentimentos do ser humano, a fim de que os mais novos possam entender e compreender, ao longo do seu desenvolvimento, as próprias emoções (SILVA, 2021).

É no contexto familiar que o indivíduo constrói os seus valores e princípios, assim como inicia o seu processo

de amadurecimento biopsicossocial e ocupacional, absorvendo os exemplos, sejam eles positivos ou negativos, os quais servem como base para a formação do ser na vida adulta (SILVA, 2021). Em vista disso, a família é o principal agente responsável pelo desenvolvimento da maturidade e da capacidade das crianças exercerem plenamente as ocupações na vida adulta.

Partindo desse pressuposto, quando o ambiente familiar não é protetivo, seguro e afetivo, mas sim composto por ações, opressões e omissões, proporciona à criança uma base instável e inconsistente para o seu pleno desenvolvimento. Dentre as variadas consequências dos maus-tratos, existem os comprometimentos físicos, emocionais-afetivos, cognitivos e comportamentais. Sendo assim, os maus-tratos interferem significativamente na formação pessoal, social e ocupacional da criança (SOUZA, 2021; FERREIRA; BARBOSA; FARIA, 2020).

Nessa premissa, os maus-tratos sofridos na infância abrangem desde as violências físicas e psicológicas, a violências sexuais e todos os tipos de negligência/abandono. Segundo dados do Disque 100, em 2021, 81% das denúncias realizadas eram oriundas no âmbito domiciliar, no qual apresenta a mãe como principal violadora, seguido pelo pai, padrasto/madrasta e outros familiares (FERREIRA; BARBOSA; FARIA, 2020; BRASIL, 2021).

Compreende-se, portanto, que as crianças, assim como os adolescentes, são os grupos populacionais mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações, sendo muitas vezes negligenciados pela família e pela sociedade em geral. Essas questões implicam direta e indiretamente na saúde física, mental, emocional e ocupacional de crianças e adolescentes (FERREIRA; BARBOSA; FARIA, 2020).

De acordo com Souza, Panúncio-Pinto e Fiorati (2019), o desenvolvimento humano é influenciado continuamente pelos eventos que ocorrem ao longo da vida.

Indivíduos expostos à vulnerabilidade social e a demais eventos estressores, como os maus-tratos, possuem grandes impactos desenvolvimentais. Não obstante, crianças expostas às violências possuem comprometimentos em variados domínios, como no ocupacional, todavia, pouco se discute sobre os impactos destes no desempenho ocupacional infantil.

Salienta-se que o desempenho ocupacional refere-se à realização de uma ocupação, ou seja, a capacidade de um indivíduo de realizar tarefas ocupacionais, considerando o estágio do desenvolvimento, os contextos e a ocupação em si daquele cliente. Nessa premissa, um contexto com vulnerabilidade, injustiça e violência, ocasiona prejuízos na participação e engajamento em ocupações fundamentais na infância (SOUZA, 2021; PANÚNCIO-PINTO; FIORATI, 2019).

Consoante a Souza (2021), as consequências e impactos nas ocupações infantis dependem dos tipos de maus-tratos. Porém, independente da forma de abuso, as principais consequências são ao desenvolvimento infantil, em suas esferas físicas, sociais, comportamentais, emocionais e cognitivas. Essas habilidades, por sua vez, são necessárias para o engajamento em ocupações. Um indivíduo com impactos em suas habilidades apresentará dificuldades para participar plenamente de suas ocupações e atividades.

O desenvolvimento humano é compreendido como a aquisição e aprimoramento de habilidades, as quais possibilitam aos indivíduos desempenharem ocupações cotidianas ao longo do ciclo da vida. Em contrapartida, quando crianças apresentam comprometimentos nas habilidades, ou seja, no desenvolvimento, podem apresentar limitações e/ou dificuldades para desempenhar plenamente ocupações e atividades (TIMA, 2020).

Em virtude do exposto, identificam-se os impactos e as influências que os maus-tratos intrafamiliares exercem sobre o desenvolvimento infantil, em outros termos, nas habilidades infantis, as quais são necessárias para a realização efetiva de ocupações. Sendo assim, crianças que vivenciam experiências negativas relacionadas à violência intrafamiliar possuem comprometimentos em seu desempenho ocupacional.

EXPERIÊNCIAS NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ

PRÁTICA SOCIAL E COMUNITÁRIA

O componente curricular “Prática em Terapia Ocupacional Social e Comunitária” possui como ementa a relação teórico-prática da atuação profissional do terapeuta ocupacional na infância, adolescência, adulto e idoso no contexto da proteção social básica e contexto escolar. Assim, possui como objetivos centrais facilitar a experimentação de vivências no campo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que possibilitem aos discentes a relação teórico-prática acerca da atuação profissional no campo social; possibilitar a identificação de processos de inclusão social a partir da experiência vivida nos espaços de prática e estimular a expressão da capacidade criativa dos discentes nas proposições de prática nos espaços de atenção nos quais serão inseridos com as clientelas atendidas (UEPA, 2020).

O local em questão que ocorreu a Prática em Terapia Ocupacional Social e Comunitária foi em uma instituição educacional e de assistência social, sendo esta uma organização não governamental. A mesma recebe doações e parcerias que auxiliam no funcionamento e na qualidade do serviço, realizando projetos assistenciais às crianças e suas famílias por meio de parcerias com universidades. Assiste crianças em situação de vulnerabilidade social e

que residem próximas ao bairro que a instituição se encontra. Deste modo, foram realizados atendimentos individuais uma vez na semana, no turno da manhã. No total, foram realizados três atendimentos.

Foram atendidas três crianças, sendo que apenas uma delas apresentava riscos intrafamiliares relacionados à maus-tratos. As principais demandas avaliadas foram relacionadas a sintomas psicoemocionais, comportamentais, como dificuldades na interação social, assim nas habilidades cognitivas, o que interferia diretamente no desempenho ocupacional.

Portanto, as intervenções terapêuticas ocupacionais foram realizadas com enfoque na expressividade de sentimentos e emoções, na estimulação cognitiva e no aprimoramento das relações com familiares e amigos, a fim de favorecer o desempenho sócio-ocupacional. Cabe comentar que a criança estava em processo de diagnóstico de depressão, em virtude disso, as atividades foram pautadas com enfoque primordial na expressividade, visando propiciar a externalização de sentimentos negativos, auxiliando no processo de saúde mental.

Os objetivos dos atendimentos em curto prazo consistiam em promover o vínculo terapeuta-paciente e identificar as demandas psicoemocionais e ocupacionais; ao médio prazo possibilitar a expressão de sentimentos, promover melhora dos aspectos cognitivos (atenção, concentração e criatividade) e restaurar e fortalecer relações afetivas; por fim, os objetivos em longo prazo visavam promover melhora dos aspectos psicológicos e cognitivos, estabelecerem relações sociais. Nesse ínterim, apenas os objetivos em curto prazo foram possíveis alcançar, devido à interrupção dos atendimentos em virtude da pandemia de COVID-19.

Nessa premissa, foram realizadas atividades expressivas, utilizando recursos como argila e desenho com

a criança. Ainda, atividades lúdicas de contação de histórias relacionadas às demandas do mesmo, assim como atividades. Essas atividades em sua maioria foram bem recebidas pelo menino e possibilitaram a expressividade de conteúdos internos como emoções e sentimentos pelo o mesmo.

Segundo Nascimento (2018), a arte proporciona uma ressonância em vários aspectos do indivíduo, como nas esferas sociais, políticas, culturais, psíquicas e espirituais. Por meio da arte, o terapeuta ocupacional pode alcançar em seu tratamento com o cliente a despotencialização de emoções, o favorecimento da afirmação de vida, motivação pessoal, fortalecimento de redes sociais, alívio do sofrimento e até mesmo a reconstrução de identidade.

Durante o primeiro atendimento, a criança apresentava-se com o comportamento e expressão corporal introvertida, mantendo-se com postura recolhida, olhos baixos, evitando contato visual, bem como fala com tom baixa e ritmo lento. Nos atendimentos terapêuticos seguintes demonstrou-se, paulatinamente, responsivo e menos retraído, apresentando, portanto, a criação de vínculo com as estagiárias.

Para a tentativa de interação social com as discentes, eram realizadas, durante atividades, perguntas com o intuito de conhecer os gostos e aversões do paciente, assim como compreender suas demandas e problemáticas. Os diálogos durante o processo terapêutico possibilitaram compreender a criança e identificar vulnerabilidades vivenciadas por ela.

Durante os atendimentos, a criança costumava relatar sobre morte, solidão, tristeza e raiva. Ao mencionar as suas relações sociais, comentou se sentir sozinho tanto em casa quanto na escola. Foi identificado que suas relações familiares eram marcadas pela esquivia dos membros para com as suas necessidades, pois apresentavam-se ex-

tremamente ocupados, o que, por sua vez, infligiu solidão à criança.

Segundo Gomes (2018), é comum que a negligência parental não envolva um ato concreto. A negligência é constituída por um padrão de comportamento dos responsáveis que se distancia do indicado, sendo que as necessidades básicas, tais como alimentação, higiene e demais necessidades afetivas não são realizadas completamente, prejudicando o crescimento e desenvolvimento infantil. Cabe ressaltar que a negligência constitui-se um dos tipos de maus-tratos mais comuns na infância.

Ainda durante os atendimentos, foi possível identificar os impactos que os demais problemas intrafamiliares exerciam sobre suas relações interpessoais com demais indivíduos, como com amigos e professores. Nos relatos da criança era comum verbalizar sobre desavenças com os amigos, o que o afastava do contato com esses, o que, por sua vez, contribuía para o sentimento de solidão. Ademais, notou-se dificuldades pertinentes no que se referia à atenção e concentração, pois a criança apresentava-se, muitas das vezes, letárgica e desatenta, necessitando de reforços para concluir as atividades.

Nessa ótica, existem evidências científicas que comprovam as consequências dos maus-tratos para os aspectos cognitivos, pois abusos e negligências podem ocasionar déficits no controle emocional do infante, na tomada de decisão, na memória de trabalho, e, conseqüentemente, na aprendizagem, concentração e atenção (NUNES *et al.*, 2020) e no desempenho ocupacional.

Por fim, identifica-se que esses impactos podem influenciar na independência e autonomia da criança para realizar ocupações. No caso desse paciente em questão, o brincar e a educação ficavam em segundo plano, devido aos comprometimentos ocasionados pelos problemas e desavenças intrafamiliares. A criança relatava não par-

participar das atividades grupais na escola, como brincadeiras e demais tarefas que envolviam grupos. Nas atividades educacionais demonstrava desinteresse e falta de atenção, preferindo, por vezes, o atendimento terapêutico do que permanecer em sala de aula com seus pares.

ESTÁGIO CURRICULAR PROFISSIONALIZANTE

O componente curricular “Estágio Supervisionado em Saúde Social e Contextos Comunitários” possui como ementa: “prática de estágio profissionalizante em Terapia Ocupacional nas dimensões da saúde, em nível de atenção básica e referências especializadas, na área da educação inclusiva e da assistência social.” Possui como objetivo geral do módulo consolidar o processo de formação profissional em Terapia Ocupacional, para planejar, desenvolver e avaliar ações de atenção integral à saúde, assistência social e inclusão, através da vivência profissional nos diferentes serviços de saúde, desenvolvendo uma consciência crítica e reflexiva para o exercício ético e legal da profissão (UEPA, 2021).

O local de prática do Estágio Supervisionado foi em um Espaço de Acolhimento pertencente à Secretaria de Assistência Social do município, localizado na região central da cidade de Belém. O espaço assistia crianças de até 12 anos, principalmente vítimas dos diversos tipos de violência e maus-tratos. Devido à pandemia da COVID-19, os atendimentos grupais foram suspensos, logo, foram realizados atendimentos individuais, ocorrendo uma vez na semana, no turno da tarde, no período de janeiro a março de 2022. As principais demandas avaliadas nas crianças assistidas foram prejuízos emocionais, intelectuais e sociais com possível relação com os maus-tratos sofridos.

Paisan *et al.* (2013) em seu estudo observou que a negligência em comparação aos outros tipos de maus-tratos, está associada aos maiores danos ao desenvolvimento da criança, sobretudo se vivenciada por um longo período.

Há evidências que indicam danos cerebrais decorrentes de vivências de maus-tratos. Foram observadas em crianças negligenciadas, entre outras consequências, uma redução do volume cerebral, bem como mudanças bioquímicas, funcionais e de estrutura cerebral.

Somado a isso, ainda há os prejuízos relacionados ao processo de acolhimento. Segundo Costa (2021), esses prejuízos estão muito associados com o tempo que os indivíduos se mantêm nesse espaço. Os sentimentos de exclusão decorrente do afastamento do convívio familiar e afetivo podem perdurar ao longo da vida, sendo que todo abandono condiciona sentimentos de agressividade, angústia e autodesvalorização. Logo, o espaço de acolhimento tem um papel importante de fazer parte da rede de apoio social e afetivo para a criança.

Diante desse cenário, as intervenções terapêuticas ocupacionais foram baseadas em favorecer os aspectos observados por meio de atividades de cunho emocional e/ou cognitiva. Os objetivos dos atendimentos foram estabelecer o vínculo terapeuta-criança; favorecer habilidades de desempenho ocupacional referente a aspectos cognitivos (memória, atenção, concentração, iniciativa, tolerância e raciocínio); favorecer o autoconhecimento; estimular estratégias de enfrentamento em situações adversas, promover a escuta e a expressão; estimular a criatividade e favorecer o desenvolvimento da coordenação motora fina.

Deste modo, a escolha em proporcionar atividades de caráter expressiva é devido ao fato de contribuírem para desenvolvimento de processos cognitivos da criança. Brito (2013) afirma que essas atividades são indispensáveis no que se refere ao desenvolvimento global da criança, nos aspectos de integração afetiva, social e cultural.

Os objetivos relacionados a estímulo cognitivos eram realizados por meio do brincar, pois entende-se que esta é uma atividade que fomenta o desenvolvimento de

várias habilidades, inclusive as cognitivas. De acordo com Ramos *et al.* (2017) o brincar possibilita o sujeito interagir simbolicamente com o meio, incluindo a identificação e classificação de conceitos, a resolução de problemas e a aplicação de regras, as quais propiciam a estruturação contínua dos processos mentais.

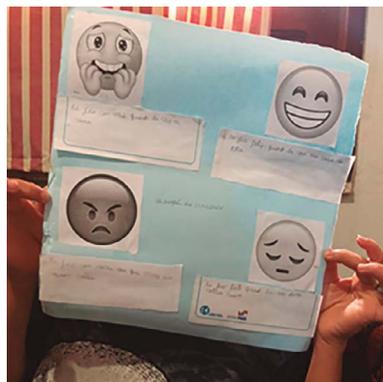
Scarpinelli e Mattos (2015) enfatizam a importância do brincar na infância, pois contribui para o desenvolvimento da criança e para a aprendizagem. Nesse sentido, é notório que o brincar desenvolve as habilidades da criança de forma natural e harmônica, proporcionando socialização, desenvolvimento da motricidade, da cognição e da criatividade.

A seguir imagens fotografadas durante a realização de atividades no local de prática do Estágio Curricular Profissionalizante.

Imagem 1 - Cartaz da personalidade. Imagem 2 - Cartaz de Sentimentos.



Fonte: Arquivo pessoal (2022).



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Imagem 3 - Confeção de um calendário



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Imagem 4 - Cartaz dos itens desejados



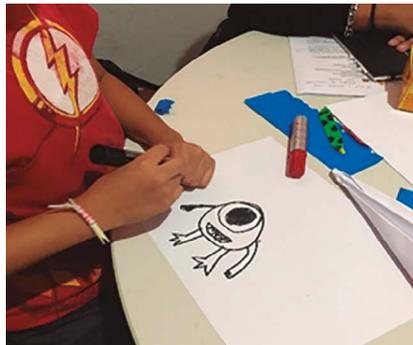
Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Imagem 5 - Oficina de Origami.



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

Imagem 6 - Desenho livre.



Fonte: Arquivo pessoal (2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou refletir acerca das repercussões dos maus-tratos sobre o desempenho ocupacional de crianças em situação de vulnerabilidade social e relatar experiências acadêmicas curriculares do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará no contexto social.

Por meio do referencial teórico foi possível identificar que os maus-tratos infantis podem repercutir nos diver-

dos domínios do desenvolvimento, sobretudo na maturação neurológica e no desempenho ocupacional e nas ocupações de brincar e educação. Destaca-se que o projeto pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará possibilita aos discentes componentes teóricos e práticos voltados ao campo social, inclusive estágio curricular obrigatório. Tais componentes permitem ao discente atuar em todos os níveis de complexidade da política de assistência social. No estudo em questão os alunos foram imersos na básica e na alta complexidade.

A partir disso, os discentes tiveram a possibilidade de estabelecer avaliação, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados e acompanhamento das crianças. E de realizar intervenções utilizando especialmente, de atividades como tecnologia de mediação sócio-ocupacional, a fim de fortalecer o desempenho sócio-ocupacional das mesmas. Por fim, espera-se que este capítulo possa incitar novas pesquisas frente às repercussões que os maus-tratos podem ter no desempenho ocupacional infantil, em virtude da incipiência de estudos frente à temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Djanira Soares de Oliveira; MARTINS, Rutnéia Cristina. Criança: um histórico de violências. **Educação em Revista**. Marília. v.10, n.2, p.57-72, 2009. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/educacaoemrevista/article/view/651/53>> Acesso em: 09 mar. 2022

AOTA, American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). **American Journal of Occupational Therapy**, 74(Supplement 2), 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm> Acesso em: 01 fev. 2022.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **81% dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorrem dentro de casa.** 14 Jul. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/81-dos-casos-de-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-ocorrem-dentro-de-casa>>. Acesso em: 10 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília:Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf> Acesso em: 09 mar. 2022

BRITO, Liliana Isabel Romana. **As atividades lúdico-expressivas e a criança com dificuldades cognitivas.** 2013. Tese de Doutorado. Doutorado em Educação Especial Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação. Beja. Disponível em: <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/607/6/Liliana%20Isabel%20Romana%20Brito%20-%20As%20Actividades%20L%C3%BAdico-Expressivas%20e%20a%20Crian%C3%A7a%20com%20Dificuldades%20Cognitivas%20-%202013.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

BULHOES, Jose Ricardo de Souza Reboucas. Construções históricas de crianças e adolescentes: marcos legal no Brasil. **Confluências | Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**, v. 20, n. 1, p. 63-76, 2 out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/confluencias/article/view/34552>. Acesso em: 09 mar. 2022

COSTA, Heloisa Maria Bento *et al.* Terapia ocupacional, dança e expressividade: favorecendo espaços de encontro para adolescentes abrigados. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2498-2518, 2021. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/24248/19399>>. Acesso em: 09 fev. 2022.

COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução nº 383**, de 22 de Dezembro de 2010. Define as competências do Terapeuta Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providencias. coffito.gov.br, 2010, nº. 225, seção 1, p. 80, 25 de Novembro de 2010. Brasília, 2014.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves SANTOS, Nilton César. **Violência envolvendo crianças no Brasil: Um plural estruturado e estruturante**. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2022

FERNANDES, Patrícia Isabel Candeias; SANTANA, Maria Raquel Rodrigues; PESTANA, Susana Cristina Costa. Estudo comparativo o desempenho ocupacional entre crianças com atraso de desenvolvimento entre 3 e 5 Anos de idade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 447-456, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0694>>. Acesso em: 01 fev. 2022.

FERREIRA, Cleiciara Lúcia Silva; CÔRTEZ, Maria Conceição Werneck; GONTIJO, Eliane Dias. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus-tratos infantis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 3997-4008. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04352018>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FERREIRA, Jéssica Samara Albuquerque; BARBOSA, Jéssica Vila Verde; FARIA, Margareth Regina Gomes Veríssimo. **Impactos da violência doméstica no desenvolvimento infantil e adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) - Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/17360>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FOLHA, Debora Ribeiro da Silva Campos; DELLA BORBA Patrícia Carla de Souza. Produção de conhecimento sobre terapia ocupacional e ocupações infantis: uma revisão de literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28 n.1, p. 227-245, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1758>> Acesso em: 6 fev. 2022.

FOLHA, Debora Ribeiro da Silva Campos; DELLA BORBA Patrícia Carla de Souza. Subsídios da perspectiva ocupacional para a abordagem ao desenvolvimento infantil. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 4, n. 5, p. 647-655, 2021. Disponível em: <[DOI:10.47222/2526-3544.rbto40641](https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto40641)>. Acesso em: 01 fev. 2022.

FOLHA, Débora Ribeiro da Silva Campos. **Perspectiva ocupacional da participação de crianças na Educação Infantil e implicações para a Terapia Ocupacional**. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/11974/TESE%20DE%20DOCTORADO%20D%C3%A9bora%20Ribeiro%20da%20Silva%20Campos%20Folha%20pdf.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

GOÊS, Nadyne Tavares de. **O brincar na intervenção terapêutica ocupacional: uma revisão de literatura**. Mo-

nografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2018. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/handle/riufs/8436>>. Acesso em: 12 fev, 2022.

GOMES, Ana Catarina Freitas. **Maus-tratos: a negligência parental e a proteção social dos menores - uma visão sobre as concepções dos profissionais**. 2018. 83 f. Dissertação (Mestrado em Criminologia) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.

MARTINS, Christine Boccarat Godoy. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 5, p. 660-665. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/SbGM8ZSCPh7q-jrjnB9Ffj9J/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

MARTINS, Christine Boccarat Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Maus-tratos infantis: um resgate da história e da política de proteção. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 423-428. São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/nchdTGMYGvg-JJSKKhvkJWMyq/?lang=pt>> Acesso em 09 mar. 2022.

NASCIMENTO, Beatriz. **O uso da arte no trabalho do terapeuta ocupacional: uma revisão integrativa da literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado - Terapia Ocupacional) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2018. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/23880>>. Acesso em: 06 mar. 2022.

NUNES, Antônio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitoriano. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 3, p. 871-880. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hbQG5xjX-FgD6qBLw4D95NNg/?lang=pt>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

NUNES, Katiúscia Gomes *et al.* O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão. **Diaphora**. v. 9, n. 3, p. 9-13. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.29327/217869.9.4-2>>. Acesso em: 06 mar. 2022.

PASIAN, Mara Silva *et al.* Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. **Pensando Famílias**, v. 17, n. 2, p. 61-70. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a05.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2022.

PINTO, Antonio Augusto; CASSEPP-BORGES, Vicente; SANTOS, Janielly Gonçalves. **Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro**, Brasil. Cadernos Saúde Coletiva [online], v. 23, n. 2, p. 124-131. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020062>>. Acesso em: 12 fev, 2022.

RAMOS, Daniela Karine *et al.* O uso de jogos cognitivos no contexto escolar: contribuições às funções executivas. **Psicologia Escolar e Educacional**. v. 21, n. 2, p. 265-275. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-3539201702121113>>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SCARPINELLI, Daniela; MATTOS, Gabriel Gonçalves. A importância de atividades lúdicas no desenvolvimento cognitivo de crianças na pré-escola de 3 a 6 anos. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**. v. 24, n.1, p.1-8. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/usnmgpagpd-7gfbh_2015-11-6-14-14-49.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

SILVA, Marcus Vinicius de Lima. **Alienação parental: como identificá-la, as suas consequências e penalida-**

des legal e importância da família. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Trabalho de Curso II da Escola de Direito, Negócios e Comunicação, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2657>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SOUZA, Ana Paula Lemes. **Violência intrafamiliar: seus impactos na vida das crianças e adolescentes.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Trabalho de Curso II da Escola de Direito e Relações Internacionais, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2292>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SOUZA, Larissa Barros de; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 27, p. 251-269. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

TIMA, Fredcarne. **Repertório ocupacional de crianças de 4 a 6 anos com atraso no desenvolvimento motor, da linguagem e habilidade pessoal-social.** Dissertação (Mestre em Terapia Ocupacional) - Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/12423>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

UEPA, Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional. **Manual Acadêmico 2021** - 4º ano. Belém-Pará, 2021.

UEPA, Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas da Saúde. Instrumentalização Para o Desenvolvimento Da Atividade Humana - Módulo IV. **Manual do discente**. Organizador: Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional, et. al. - Belém-Pará: Editora UEPA, 2021.

WFOT. World Federation of Occupational Therapists. (2012). **About occupational therapy**. Disponível em: <<https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>>. Acesso em: 03 fev. 2022.

ANÁLISE OCUPACIONAL DO USO DO TEMPO DE PACIENTES “PORTA-GIRATÓRIA”: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Luana Conceição Queiroz

Márcio José Andrade da Silva

Renata Raiol Magalhães

Lívia Mello Pontes

Lucivaldo da Silva Araújo

INTRODUÇÃO

O termo “porta-giratória” ou *revolving door* se refere à reincidência de internações psiquiátricas hospitalares que, apesar da menor duração, acontecem em maior quantidade e com curtos intervalos entre um e outro episódio, sendo citado como um dos principais responsáveis pelas ocupações dos leitos psiquiátricos nos hospitais gerais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011). Neste fenômeno, a hospitalização passa a ser única ou principal alternativa aos cuidados mediante ao agravamento dos sintomas e a impossibilidade de remissão destes por meio da terapêutica farmacológica habitual (SILVEIRA et al., 2016).

Como consequência, o fenômeno, além de recolocar o hospital no centro do itinerário terapêutico, revela uma fragilidade de articulação dos serviços extra hospitalares (MACHADO; SANTOS, 2011; GUSMÃO et al., 2017; BRAGA; PREGORARO, 2020). Considerando que as hospitalizações acarretam os maiores gastos de erário em saúde mental, o *revolving door* representa também um enorme

ônus aos cofres públicos e prenuncia um cenário favorável ao sucateamento dos serviços territoriais instaurados pela Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (BERTOLUCCI et al., 2015).

Apesar carência de dados oficiais do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde sobre a ocorrência do *revolving door*, alguns estudos apontam que, para além dos aspectos clínicos, esse fenômeno também é influenciado por questões sociais como ausência conjugal, racismo e desemprego (MACHADO; SANTOS, 2011), assim como pobreza estrutural (SILVEIRA et al., 2016) e baixo nível de suporte social (BERTOLUCCI et al., 2015).

É importante reiterar que qualquer processo de hospitalização perpassa por uma ruptura abrupta no cotidiano sendo marcado por diversas privações, afastamento de ocupações significativas e alteração na gestão do tempo pessoal (ULRICH; LUZ; SANTOS, 2018). Em uma internação psiquiátrica essas questões são vivenciadas de forma mais intensa. Isto porque, em sua maioria, acontecem de forma involuntária, acompanhadas de conflitos sociais e envolvem, geralmente, procedimentos invasivos como contenções químicas e mecânicas.

Salles e Barros (2007) apontam que o afastamento da rotina diária e do convívio social, vivenciado no fluxo entre altas hospitalares e reinternações presentes na “porta-giratória”, é marcado por sentimentos de angústia e ansiedade. Tais implicações atribuídas ao fenômeno transpõem os muros do hospital pois, além de dificultar o retorno, podem desencadear o abandono da vida comunitária e, agravado pelo estigma e preconceito atribuído à loucura, contribuir para o isolamento e marginalização social de quem o vivencia (GUSMÃO et al., 2017).

Nesse caminho, estudos sobre uso do tempo alocado no conjunto de ocupações desempenhadas na vida diária podem apontar padrões ou desvios na rotina de pes-

soas que vivenciam a “porta-giratória”, sendo uma via de compreensão pautada na vida cotidiana (RAMOS, 2009).

Neste capítulo compartilhamos os resultados de uma pesquisa realizada com usuários reincidentes de um Setor de Internação Breve (SIB) de um Hospital Geral de Belém, Pará, que teve por objetivo compreender como se estrutura a rotina ocupacional das pessoas que vivenciam o fenômeno “porta giratória” por meio do estudo do uso do tempo dessas pessoas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo de orientação fenomenológica. Os participantes do estudo foram usuários reinternantes do SIB da clínica psiquiátrica de um Hospital Geral de Belém do Pará.

Como critérios de inclusão foram considerados: pessoas com diagnóstico de sofrimento psíquico que vivenciaram 2 ou mais internações ocorridas no período de 12 meses no ano de 2019 ou 2020- no SIB, residentes na região metropolitana de Belém, maiores de 18 anos e que lessem e concordassem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para a exclusão foram considerados: menores de 18 anos, residentes de fora da área metropolitana de Belém, diagnóstico de deficiência intelectual e/ou doença neurológica associada, uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas, limitações para compreensão e comunicação como o comprometimento do conteúdo, curso e elaboração do pensamento e do discurso, assim como desorientação auto e alopsíquica.

Para a coleta de dados foram utilizados um “Diário de uso do tempo”, baseado no “Perfil de Engajamento Ocupacional em Pessoas com Esquizofrenia” (POES) de Eklund (2006), e uma entrevista semidirigida. O diário foi integrado por um questionário sociodemográfico e clínico

dos participantes e por uma tabela para o mapeamento e registro das atividades desempenhadas no dia anterior à coleta. A tabela era composta por 24 linhas, cada uma correspondente a 1 hora do dia, e 4 colunas para o registro das ocupações primárias (coluna 1- o que?), mapeamento dos contextos geográficos (coluna 2- onde?) e sociais (coluna 3- com quem?), além da descrição de sensações e emoções evocadas a cada atividade (coluna 4) (EKLUND et al., 2016). O preenchimento do diário aconteceu de modo recordatório com o auxílio da pesquisadora, tomando como referência sempre o dia anterior à entrevista.

As informações registradas nos “Diários” foram tabuladas em planilha eletrônica, no software Microsoft® Excel. Para cada item registrado nas células da coluna 1 (ocupação primária) foi atribuído o tempo de 1 hora. Para as células preenchidas com mais de uma ocupação, o tempo de 1 hora foi dividido conforme o número de atividades registradas. Os registros foram analisados e categorizados segundo a classificação da Associação Americana de Terapia Ocupacional - AOTA, em 8 grandes grupos: atividades de vida diária; atividades instrumentais de vida diária; descanso e sono; educação; trabalho; brincar; lazer; e participação social (AOTA, 2015).

A entrevista semidirigida foi composta por 8 perguntas abertas de ordem preestabelecida, divididas em duas partes, a primeira relacionada ao uso do tempo e a segunda ao fenômeno “porta-giratória”. As respostas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas sem correções de norma culta, garantindo a integridade das descrições, em primeira pessoa, das experiências vividas (CARVALHO; VERGARA, 2002).

A análise do material empírico considerou os conteúdos fundamentais e reveladores sobre o fenômeno por meio dos discursos dos sujeitos e das informações registradas no diário. Os dados foram organizados em unida-

des temáticas para posterior interpretação e integração dos dados à linguagem científica por meio da escrita-reflexiva e analítica (FUSTER, 2019). Nesse sentido, a abordagem da experiência do fenômeno da “porta giratória” foi desenvolvida por meio de uma análise ocupacional do uso do tempo considerando-se as categorias de ocupação previstas pela AOTA.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital em questão, sob o número de parecer 4.836.117. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preceituado na Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, com respeito às normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho nacional de Saúde.

RESULTADOS

A primeira etapa da pesquisa ocorreu durante o mês de agosto de 2021. Ao total, 79 prontuários foram sinalizados como reinternações e apresentaram uma média de 2,4 internações por ano. Os diagnósticos mais frequentes, segundo a Classificação Internacional de Doenças, foram: 43,04% (n=30) de Transtorno Afetivo Bipolar- TAB (F.31), 25,32% (n=22) de esquizofrenia (F.29), 25,32% (n=20) de episódios de surto psicótico (F.20) e 6,33% (n=7) de outros diagnósticos. Após a triagem, 45 prontuários apresentaram um ou mais critérios de exclusão e 34 foram considerados elegíveis à participação na pesquisa.

Na segunda etapa foram realizados os convites aos participantes via contato telefônico, na qual 22 pessoas foram excluídas devido a impossibilidade de contato, referência a uso abusivo de substâncias psicoativas não constando no prontuário, mudança de endereço para fora da região metropolitana ou prejuízos na comunicação verbal relatados pelos familiares durante o convite. Após o con-

tato, 12 pessoas demonstraram interesse em participar do estudo. No decorrer da coleta houveram 6 desistências, sendo 3 de participantes que entraram em crise e tiveram que ser reinternados, 1 de uma pessoa que estava aguardando o responsável retornar de viagem e 2 devido à ausência de resposta às tentativas de contatos posteriores.

A terceira etapa consistiu nas entrevistas e ocorreu entre agosto e setembro de 2021 durante a fase de flexibilização das medidas de combate à pandemia do Covid- 19, após a queda do número de casos e o avanço da campanha de vacinação na região metropolitana de Belém. Entretanto, apesar da reabertura dos serviços, é importante ressaltar que o cenário pandêmico implicou em alterações da vida cotidiana a nível global, sendo relatadas pelos participantes do estudo mudanças na rotina nesse aspecto.

A amostra final foi composta por 6 participantes, 3 homens e 3 mulheres com idade entre 19 a 53 anos. O sigilo da identificação dos colaboradores foi garantido pela substituição do nome pela abreviação “P” referente a “Participante” seguindo por um número de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Uma síntese do perfil dos participantes é apresentada no quadro a seguir:

Quadro 1 - Perfil social e clínico dos participantes

P1	Mulher, 53 anos, união estável, diagnosticada com TAB (F 31.2). Reside com o cônjuge, apresenta ensino fundamental incompleto, histórico laboral como vendedora, estava desempregada no período da coleta. Não recebe nenhum tipo de benefício, apresenta renda familiar mensal menor que 1 salário mínimo obtida a partir de serviços informais realizados pelo companheiro. Até o momento da entrevista referiu ter vivido mais de 50 internações psiquiátricas, a primeira em 1982 e 2 no período considerado para o estudo, em 2020 no SIB. Fazia uso de Biperideno, Clonazepam, Carbonato de lítio, Cloridrato de Clorpromazina e Haloperidol e não realizava acompanhamento extra hospitalar. Cerca de 1 mês após a entrevista, P1 foi internada novamente na emergência psiquiátrica, porém, não chegou a ser encaminhada ao SIB.
----	--

P2	<p>Mulher, 53 anos, solteira, diagnosticada com Esquizofrenia (F 29). Reside com os genitores em casa própria. É pós-graduada, apresenta histórico laboral como docente de ensino superior, porém, após o diagnóstico foi aposentada por invalidez. A renda mensal é decorrente da aposentadoria, cerca de 5 salários mínimos. Até o momento da entrevista referiu ter vivido 4 internações psiquiátricas, a primeira em 1999 e 3 no período considerado para o estudo, em 2019 no SIB. Fazia uso de Hemifumarato de Quetiapina, Clonazepam, Carbonato de lítio, Clozapina e Risperidona. Realizava acompanhamento multidisciplinar no CAPS do seu território e na rede privada.</p>
P3	<p>Mulher, 35 anos, solteira, diagnosticada com TAB (F 31.7). Reside com parentes em casa própria. Apresenta ensino superior completo, histórico laboral como docente de ensino fundamental, porém estava desempregada no período da coleta. A renda mensal é decorrente do Benefício de Prestação Continuada (BPC), correspondente a 1 salário mínimo. Até o momento da entrevista referiu ter vivido 16 internações psiquiátricas, a primeira em 2004 e 2 no período considerado para o estudo, em 2020 no SIB. Fazia uso de Carbonato de lítio, Risperidona e Ácido Valproico. Realizava acompanhamento multidisciplinar no CAPS e no ambulatório do Hospital em questão, além de ser vinculada ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do seu território.</p>
P4	<p>Homem, 45 anos, divorciado, diagnosticado com TAB (F 31.7). Reside com parentes em casa própria. Apresenta ensino fundamental completo, histórico laboral como agente de serviços gerais, porém estava afastado do trabalho no período da coleta. A renda mensal é decorrente do Benefício por Afastamento do Trabalho, correspondente a 1 salário mínimo. Até o momento da entrevista referiu ter vivido cerca de 50 internações psiquiátricas, a primeira em 2001 e 3 no período considerado para o estudo, em 2019 no SIB. Fazia uso de Levomepromazina, Biperideno e Haloperidol. Realizava acompanhamento psiquiátrico em instituição da rede municipal de saúde e era vinculado ao Caps de seu território, porém, devido a pandemia, estava afastado das atividades.</p>

P5	Homem, 24 anos, solteiro, diagnosticado com Esquizofrenia (F 29). Reside com a genitora e a irmã, em casa própria. Apresenta ensino fundamental completo, sem histórico laboral. Não recebe nenhum tipo de auxílio financeiro, a renda mensal fica a cargo da genitora sendo correspondente a 1 salário mínimo obtido a partir do aluguel de kitnet. Até o momento da entrevista referiu ter vivido cerca de 10 internações psiquiátricas no SIB, a primeira em 2017 e 2 no período considerado para o estudo, em 2019 no SIB. Fazia uso de Olanzapina, Risperidona, Cloridrato de Clorpromazina, Clonazepam, Cloridrato de Biperideno. Realizava acompanhamento psiquiátrico no hospital em questão e não era vinculado a nenhum Caps.
P6	Homem, 19 anos, solteiro, diagnosticado com Esquizofrenia (F 29). Reside com parentes em casa própria. Estava cursando o ensino fundamental pelo Ensino de Jovens e Adultos (EJA), porém, devido a pandemia, encontrava-se afastado da escola. Não apresenta histórico laboral e não soube informar a renda familiar. Até o momento da entrevista referiu ter vivido 3 internações psiquiátricas, todas no período considerado para o estudo, em 2020 no SIB. Fazia uso de Carbonato de lítio, Cloridrato de Clorpromazina, Cloridrato de Prometazina, Ácido Valpróico e Risperidona. Realizava acompanhamento psiquiátrico e psicológico no Caps de seu território.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

DESCRIÇÃO DOS REGISTROS DOS DIÁRIOS DE USO DO TEMPO

Um dos primeiros aspectos notados acerca da rotina dos participantes é a composição do repertório ocupacional e distribuição do uso do tempo por ocupação. Após o agrupamento das ocupações primárias registradas nos diários (coluna 1- o que?), conforme a categorização proposta pela AOTA (2015), foi constatada a ausência das ocupações de estudo, brincar e trabalho.

A tabela 1 apresenta os registros dos diários de uso do tempo utilizados na coleta de dados e a distribuição do uso do tempo alocado em cada categoria, por participante da pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição do uso do tempo registrado pelos diários

	Ocupações (AOTA, 2015)	Ocupação primária (Coluna 1- o quê?)		Contextos do território (Coluna 2-onde,)	Contextos social (Coluna 3- com quem?)	Sensações e sentimentos evo- cados (Coluna 4- experiência pessoal)
		Repertório registrado (O que?)	Tempo gasto			
P1 terça-feira	Avd	Alimentação, banho	19% (n= 4:30h)	100% (n=24h) Em casa	75% (n=18h) conjugue 25% (n= 6 h) Sozinha	4,17% (n=1h) mau humor 4,17% (n=1h) vontade de fu- mar 16,67% (n=4h) estável- bem 33,33% (n=8h) indiferente 41,67% (n=10h) Sono
	Aivd	Gerenciamento da saúde (medicação), preparação de refeição (preparar café)	8% (n=2:00h)			
	Descanso e sono	Participação no sono, descaso/ ócio, preparação para o sono (preparação do ambiente e higiene pessoal)	63% (n=15:00h)			
	Educação	Sem referência	-			
	Trabalho	Sem referência	-			
	Brincar	Sem referência	-			
	Lazer	Tv	10% (n= 2:30h)			

P2 Segunda-feira	Avd	Alimentação, banho, mobilidade funcional (andar pela casa)	23% (n=5:30h)	92% (n=20h) em casa	17% (n=4h) familiares	4,17% (n=1h) sentindo como se fosse um entulho								
	Aivd	Gerenciamento da saúde (medicação), compras (ir xerox e comprar açaí), gerenciamento do lar (organizar documentos)	25% (n=6:00h)				8% (n=2h) Estabelecimentos comerciais no bairro	8% (n=2h) comunidade	4,17% (n=1h) vontade de organizar					
	Descanso e sono	Participação no sono, preparação para o sono (chá de erva doce e higiene pessoal) Descaso/ ócio	52% (n=12:30h)							75% (n=18h) sozinha	4,17% (n=1h) estável			
	Educação	Sem referência	-									62,5% (n=15h) indifere- rente		
	Trabalho	Sem referência	-										8,33% (n=2h) insônia	
	Brincar	Sem referência	-											16,67% (n=4h) Sono
	Lazer	Sem referência	-											
	Participação social *	Sem referência	-											

P3 Terça-feira	Avd	Alimentação, banho, "Grooming" (cuidados com a pele)	14% (n=3:25h)	100% (n=24h) Em casa	8% (n=2:00h) Familiares	8,33% (n=2h) animada	
	Aivd	Gerenciamento da saúde (medicação), preparação de refeição (preparar café e cozinhou o almoço e jantar), gerenciamento do lar (varrer, passar pano, arrumar cama, encher garrafas), gerenciamento da comunicação (checar mensagens no celular)	25% (n=6:40h)				20,83% (n=5h) sensações físicas (calor, descanso, fome, cansaço)
	Descanso e sono	Participação no sono, descanso/ ócio, preparação para o sono (higiene pessoal)	32% (n=7:40h)				37,5% (n=9h) indifferente
	Educação	Sem referência	-				33,33% (n=8h) Sono
	Trabalho	Sem referência	-				
	Brincar	Sem referência	-				
	Lazer	Celular e tv	26% (n=6:15h)				
	Participação social *	Sem referência	-				

P4 Quinta-feira	Avd	Alimentação, banho	5% (n=1:10h)	100% (n=24h) Em casa	21% (8:00h) Familiares	4,17% (n=1h) Diversão	
	Aivd	Gerenciamento da saúde (medicação), gerenciamento do lar (lavar roupas), cuidar de animais, gerenciamento da comunicação (escrever sobre o dia)	19% (n=4:30h)			8,33% (n=2h) alucinações au- ditivas	
	Descanso e sono	Participação no sono, descanso/ ócio, preparação para o sono (expressão religiosa)	67% (n=16:00h)			12,5% (n=3h)	
	Educação	Sem referência	-			4% (1:00h) Animal de estimação	fisicas (dor, ca- lor)
	Trabalho	Sem referência	-				
	Brincar	Sem referência	-				
	Lazer	Tv	10% (n=2:20h)			75% (18:00h) Sozinho	20,83% (n=5h) indife- rente
	Participação social *	Sem referência	-			52% (n=13h) Sono	

P5 Quarta-feira	Avd	Alimentação, higiene pessoal (escovar os dentes)	11% (n=2:40h)	100% (n=24h) Em casa	21% (n=5:00h) Familiares	12,5% (n=3h) ansiedade	
	Aivd	Gerenciamento da saúde (medicação)	8% (n=2:00h)				
	Descanso e sono	Participação no sono, descanso/ ócio, preparação para o sono (alongamentos e higiene pessoal)	52% (n=12:30h)				4,17% (n=1h) agonia
	Educação	Sem referência	-				8,33% (n=2h) Estável
	Trabalho	Sem referência	-				8,33% (n=2h) fome
	Brincar	Sem referência	-				37,5% (n=9h) indifere- rente
	Lazer	Exercício físico Celular (ouvir música)	28% (n=6:50h)				29,17% (n=7h) sono
	Participação social *	Sem referência	-				

P6 Quarta-feira	Avd	Alimentação, banho	16% (n=3:45h)	92% (n=22h) em casa 8% (n=2h) Posto de saúde	33% (n=8:00h) Familiares 21% (n=2:00) Comunidade 58% (n=14:00h) Sozinho	12,5% (n=3h) Têdio 16,67% (n=4h) estável 8,33% (n=2h) sensações físicas (calor, fome) 23,08% (n=6h) indife- rente 37,5% (n=9h) sono
	Aivd	Gerenciamento da saúde (medicação e consulta médica), mobilidade na comunidade	21% (n=5:00h)			
	Descanso e sono	Participação no sono, descanso/ ócio, preparação para o sono (conversa com o avô)	40% (n=9:30h)			
	Educação	Sem referência	-			
	Trabalho	Sem referência	-			
	Brincar	Sem referência	-			
	Lazer	Tv	24% (n= 5:45h)			
	Participação social *	Sem referência	-			

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Importante destacar que as atividades relacionadas à participação social são aquelas que resultam em interação social bem-sucedida seja com familiares, membros da comunidade e pares ou amigos (AOTA, 2015). Portanto, apesar de não serem registradas como ocupações primárias, podem ser visualizadas nos registros do contexto social (coluna 3- com quem?).

Os resultados foram agrupados e analisados por categoria de ocupação e serão discutidos a seguir.

DISCUSSÃO

ANÁLISE OCUPACIONAL DO USO DO TEMPO

Atividades de Vida Diária (AVD's)

As AVDS's são atividades básicas orientadas para o atendimento das necessidades do corpo fundamentais para a sobrevivência e convívio social (AOTA, 2015). Hierarquicamente são as ocupações de menor complexidade de desempenho e requerem a autopercepção e a integração das funções executivas e habilidades processuais e motoras.

Contudo, disfunções executivas são comumente observadas em decorrência de sintomas psíquicos intensos, como nas fases agudas da esquizofrenia e do TAB (ALVARES, 2020). No contexto da “porta-giratória”, a incapacidade para o autocuidado é uma condição comumente associada às internações psiquiátricas e pode ser agravada pelo declínio cognitivo e funcional provocado pelas repetidas crises vivenciadas no fenômeno (ZARNADO et al, 2017). Tais alterações podem provocar a diminuição da volição e na flexibilidade mental para a resolução de problemas, além de dificuldade para o planejamento executivo, o que resulta em prejuízos no desempenho ocupacional de tarefas cotidianas (MACEDO et al., 2018).

No estudo, o tempo médio gasto com as AVD's foi de 3 horas e 30 minutos e todos os participantes referiram

realizá-las de modo independente. Na entrevista, os participantes as mencionaram como indispensáveis em sua rotina diária:

P1: “Eu gosto de tomar banho”

P2: “beber água mineral”

P3: “Almoçar porque faz parte né?!”

P4: “o alimento né?! Porque sem o alimento nós fica fraco, doente”

O registro da realização de AVD's e a importância agregada a esta categoria demonstrada pelos discursos sinalizam a manutenção e envolvimento dos participantes no cuidado consigo. Neste contexto, o desempenho destas ocupações, além de estimular a funcionalidade e promover o bem-estar, pode ser um indicador de estabilidade psicoemocional e funcional.

Concernente ao fenômeno em foco, o monitoramento de alterações na rotina relacionadas ao comprometimento destas atividades pode indiciar o agravamento dos sintomas e possibilitar intervenções prévias às ocorrências das reinternações, auxiliando assim na interrupção do fluxo do *revolving door*.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's)

As “AIVD's” são atividades orientadas para a interação com o ambiente e dão suporte à vida comunitária (AOTA, 2015). São mais complexas que as AVD's por requerem o manuseio de instrumentos e demandarem habilidades como planejamento, automonitoramento e capacidade de resolução de problemas (MACEDO et al., 2018). Nesta categoria o tempo médio registrado foi de 2 horas e 10 minutos.

O “gerenciamento da saúde” apareceu registrado nos diários por todos os participantes e representa o conjunto de estratégias relacionadas à manutenção

da saúde e bem-estar. No entanto, nesta categoria, foi constatada a centralização das rotinas medicamentosas como forma de cuidado, a qual 4 dos participantes (P1, P2, P3 e P6) realizam de modo independente e 2 (P4 e P5) necessitam de auxílio parcial de familiares seja para lembrar do horário ou supervisionar a ingestão dos medicamentos. Exceto por P6, que foi à uma consulta no posto de saúde, não foram relatadas outras ferramentas de cuidado diário.

Sob esse aspecto, no contexto do *revolving door*, a terapia farmacológica é um importante pilar para acompanhamento em saúde mental e a dificuldade de adesão ou a interrupção desta são aspectos coadjuvantes à ocorrência das reinternações (ZARNADO et al., 2017). Contudo, a exclusividade do tratamento medicamentoso no leque de recursos terapêuticos, assim como a hipermedicalização, foi apontado pelo estudo de Bertolucci (2015) como um fator associado ao abandono da terapia farmacológica e, conseqüentemente, à reinternação.

Além do cuidado com a saúde, outras categorias de AVID's foram registradas pelos participantes, como o “preparo de refeições” e “gerenciamento do lar”. Contudo, apenas uma participante (P3) apresentou mais de uma variação de atividade realizada associada a estas categorias.

A pouca variedade e o menor tempo destinado ao desempenho destas atividades, podem ser congruentes às diversas rupturas com o cotidiano experienciadas na “porta giratória”, fator que implica em dificuldade de readaptação à rotina e requer um maior nível de assistência externa (SILVEIRA et al., 2016).

O cuidado e a companhia de um animal de estimação apareceram no estudo como ocupação primária e como contexto social nos registros do diário de P4. Na entrevista, a participante P1 a mencionou como uma atividade de interesse que mudaria em sua vida diária:

P1: “Mudaria [as atividades desempenhadas no seu dia-a-dia], se eu tivesse uma casa só minha [...]. Poder criar um cachorro, uma galinha, entendeu? Adoro cachorro e não posso ter cachorro”.

A fala de P1 além de expressar o desejo em criar um animal, revela também as barreiras ocupacionais e limitações de autonomia enfrentadas pela participante. Neste caso, o ambiente e os familiares representarão obstruções externas ao fazer suscitado pela participante (MACEDO, 2018).

No contexto da “porta-giratória”, onde é observado uma tendência ao isolamento social e a redução da rede de apoio (ZARNADO et al, 2017), o cuidado voltado a um animal de estimação pode evocar afeto e proporcionar companhia, como demonstrado no diário de P4. Outro fator positivo é a noção de responsabilidade exigida pela tarefa e, com isso, a possibilidade de remeter e incentivar também ao cuidado consigo, primordial para prevenir agravamento de sintomas e as reinternações vivenciadas.

Um ponto importante relacionado às AIVD’s é que estas foram as únicas ocupações realizadas fora de casa. A reclusão dos participantes ao ambiente doméstico pode estar associada às medidas de prevenção e controle da pandemia do COVID-19 ocorrida no ano de realização da pesquisa. Contudo, considerando o cenário de reabertura dos serviços, a flexibilização das medidas e o avanço da campanha de vacinação no período da coleta de dados (SESPA, 2021) esses resultados podem também estar relacionados a questões inerentes ao sofrimento psíquico e ao *revolving door*.

No segundo caso, esta reclusão pode ser atribuída aos constantes afastamentos da vida comunitária vivenciados no *revolving door*. Como consequência, estas sucessivas quebras de vínculo entre a pessoa e o território

podem suscitar na diminuição do poder contratual provocada pela exclusão dos espaços de circulação e de trocas sociais (SALLES; BARROS, 2013) expresso pela pouca ou nenhuma utilização dos recursos comunitários disponíveis para além dos serviços de saúde, interferindo no sentimento de pertencimento e identidade social (SILVEIRA et al., 2016).

Neste panorama, as atividades “fazer compras” (P2), “mobilidade na comunidade” e “gerenciamento da saúde” (P6), ainda que no território circunscrito, permitiram a circulação dos participantes pelo bairro e oportunizaram interações com membros da comunidade. Nesse sentido, partindo da premissa que a Reabilitação Psicossocial é efetivada não só pela estabilidade clínica, mas também pela inserção social e pelo exercício da cidadania, o envolvimento ocupacional com AIVD’s desempenhadas na comunidade, além de estimular habilidades processuais e de interação social, pode ser uma ferramenta de enfrentamento aos prejuízos sociais disparados pelo *revolving door*, favorecendo assim o convívio comunitário, resgatando o pertencimento e o protagonismo social (GUSMÃO et al., 2017).

Descanso e sono

As atividades desta categoria envolveram tanto as horas efetivas de sono, codificadas como “participação no sono”, quanto os momentos de ócio e de relaxamento, bem como as rotinas e rituais de preparação para o sono. No estudo foi registrado nos diários um tempo médio de descanso e sono de 12 horas e 11 minutos.

Sinais como redução da quantidade e qualidade do sono, assim como as inversões dos ciclos sono-vigília são acentuados durante as fases agudas do TAB e da esquizofrenia (SOUZA et al., 2021) sendo um dos critérios indicativos à necessidade de internação. No *revolving door*, o monitoramento e avaliação desta ocupação pode ser eficaz

para indicar sinais prévios à ocorrência de crises psíquicas e agravamento do quadro, assim como a recorrência de hospitalização (SOUZA et al., 2021).

No estudo, apenas uma colaboradora (P2) referiu episódios de insônia e interrupção das horas de sono. Um aspecto benéfico relacionado a esta categoria foi o fato de todos os participantes assinalarem diferentes formas de rotinas de preparação para o sono, já que o envolvimento habitual nesta atividade pode interferir consideravelmente de forma positiva à qualidade do sono (JUNIOR; SOUZA; PEIXOTO, 2021).

Educação

Apenas duas participantes (P2 e P3) apresentaram ensino superior completo e a maioria possuía apenas o ensino fundamental. Um único participante (P6) afirmou desempenhar o papel de estudante, porém, encontrava-se afastado devido a paralisação das aulas ocasionada pela pandemia. Apesar da escolaridade ser considerada uma importante variável como possibilidade da melhora da qualidade de vida, do fortalecimento da autonomia e da capacidade reflexiva, perfis semelhantes ao deste estudo são descritos pela literatura nacional e sinalizam uma associação entre baixa escolaridade e sofrimento psíquico (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017; CAMPOS et al., 2021).

Nesta perspectiva, além do estigma e preconceito atribuído ao sofrimento psíquico que dificulta a participação nas trocas e interações sociais, alguns autores discutem sobre uma retroalimentação entre evasão escolar e os déficits cognitivos associados aos quadros (PEREIRA et al., 2021). Consoante ao contexto da “porta-giratória”, onde esses prejuízos tendem a ser vivenciados de modo mais contundente, frente às crises psíquicas e ao afastamento das ocupações diárias (GUSMÃO et al., 2017; ZARNADO et

al., 2017), cabe inquirir se a baixa escolaridade é um precursor ou uma repercussão à ocorrência do revolving door.

Como consequência a essa evasão é apontada a associação entre menores níveis de escolaridade e restrição de participação no mercado de trabalho formal, bem como menor renda e elevação na quantidade de filhos (CAMPOS et al., 2021).

Trabalho

Nenhum dos participantes estava desempenhando algum tipo atividade laboral no período da coleta. Assim como na categoria “estudo”, perfis semelhantes foram encontrados em outras pesquisas com pessoas em sofrimento psíquico (SALLES; BARROS, 2009, 2013; SALLES; MATSUKURA, 2015) e que vivenciam a “porta-giratória” (MACHADO; SANTOS, 2011; ZARNADO et al., 2017).

Esses achados evidenciam que, apesar de ser um importante componente para a inserção social, as dificuldades deste público para adentrar ao mercado de trabalho ainda é uma realidade a ser enfrentada no cenário brasileiro (CAMPOS et al., 2021). No *revolving door* essa contrariedade é acentuada pela dificuldade em manter o vínculo empregatício mediante aos afastamentos provocados pelas constantes internações.

No estudo, essa exclusão foi mencionada como um dos fatores relacionados à insatisfação com o uso do tempo:

P1: “Não [estou satisfeita com a maneira como eu ocupo meu tempo], porque eu queria ter uma fonte de renda, alguma coisa que eu pudesse vender pra mim ganhar um dinheiro, pra me ajudar, entendeu?”

P5: “Eu queria ser livre, jogar futebol, ter trabalhos, estudar [...] eu tento arranjar emprego, mas não dá certo”.

As falas dos participantes demonstram como a privação laboral recai sobre o papel e o lugar desses indivíduos diante das trocas econômicas e sociais afetando e modificando o cotidiano por meio da perda de autonomia e de oportunidades para o envolvimento ocupacional (SALLES; BARROS, 2013; SALLES; MATSUKURA, 2015).

Brincar

O brincar é considerado qualquer atividade espontânea que remete à ludicidade, diversão e satisfação (AOTA, 2015). Não foram registradas atividades desta categoria nos diários ou nos discursos dos participantes.

Lazer

O lazer, apesar de ser uma atividade que em geral pode ser realizada em conjunto e em uma diversidade de ambientes, neste estudo apareceu com uma pequena variedade de opções, restritas ao ambiente doméstico como “usar o celular, ouvir música e assistir televisão”. O tempo médio gasto para esta ocupação foi de 3 horas e 56 minutos.

Essa tendência também foi percebida na pesquisa de Salles e Barros (2009) sobre vida cotidiana após o adoecimento psíquico. Para as autoras, ouvir música e assistir televisão representam uma forma de conexão ao mundo externo para usuários de saúde mental com tendência ao retraimento social, “já que são atividades que fazem parte do espaço social” (SALLES; BARROS, 2009 p. 14).

Nos quadros de acentuação de sintomas condizente a ocorrência do fenômeno da “porta-giratória”, o lazer, além da conexão com o mundo, representa um momento de descontração e pode contribuir para a atenuação de sinais de estresse e ansiedade importantes para a prevenção das crises psíquicas como demonstrado pelo discurso do participante P5:

P5: “uma atividade indispensável no meu dia-a-dia é] Usar o celular, porque ela [‘mestra abalou’, voz de comando] pode me atacar de uma forma mais violenta”.

No entanto, além de reconhecer o lazer como um componente diário indispensável e uma estratégia de enfrentamento aos sintomas psicóticos, P5 também trouxe em seu discurso o desejo pelo envolvimento em atividades compartilhadas socialmente, atribuindo o afastamento destas aos sintomas:

P5: “Eu, desde criança queria jogar futebol, aí quando tive essa doença eu não consegui mais [...]. É como se eu tivesse na prisão e ela [a mestra abalou, voz de comando] é a policial que não deixa eu sair daquela prisão [...]”.

Nesse sentido, a privação de envolvimento em ocupações compartilhadas, como exemplificado por P5, se deve principalmente ao estigma de periculosidade atribuído à loucura (SALLES; MATSUKURA, 2015) que acentua a dificuldade social em lidar com alterações comportamentais e psíquicas, como as alucinações e delírios (SALLES; BARROS, 2007). Na vivência da “porta giratória”, estas questões são intensificadas pelas constantes rupturas como o meio social como sinalizado pela pesquisa realizada por Silveira e colaboradores (2016), na qual usuários com maior número de internações foram os que mais restringiram o lazer e a vida social ao ambiente familiar.

Aspectos como os impactos no cotidiano decorrentes da pandemia do COVID-19 e falta de renda também foram mencionados como barreiras temporárias para o envolvimento em atividades de lazer compartilhadas. Nesse sentido, ressalta-se a importância de considerar o contexto temporal, social e cultural nos quais o fenômeno está imerso. Nesta categoria, a prática de esporte foi a principal atividade de interesse mencionada pelos participantes:

P6: vôlei, futebol e basquete, mas como lá no ginásio, ali perto do Una, tá paralisado, devido a pandemia, nós não estamos fazendo.

P3: Eu quero começar a fazer uma aula de hidroginástica [...] ainda não comecei porque esse mês eu não tirei o dinheiro que desse para pagar a mensalidade.

Considerando os benefícios para a qualidade de vida e a melhora do prognóstico que as atividades físicas possibilitam às pessoas em sofrimento psíquico (ADAMOLI; AZEVEDO, 2009), o interesse demonstrado pelos participantes é um aspecto relevante para a criação de planos futuros condizentes com o desenvolvimento de práticas e hábitos saudáveis, capazes de ampliar o leque estratégias de cuidado e prevenção de crises e conseqüentemente em novas reinternações.

Participação social

Conforme visualizado na tabela 1 os dados referentes aos contextos sociais (coluna 3 - com quem?) sugerem uma participação social comprometida com tendência ao isolamento e indicam uma rede de apoio restrita a pessoas da família. Exceto pela participante P1, que vive em união estável, os entrevistados passaram a maior parte do tempo sozinhos. As poucas atividades compartilhadas se restringiram à companhia de familiares e funcionários de estabelecimentos do bairro. Não foram relatados momentos de interações significativas com pares ou com a comunidade.

Sobre esta questão, os discursos dos participantes expressaram desejos relacionados à ampliação da rede social por meio de exercício da comunicação e da criação de vínculos extra familiares:

P1: gosto de conversar, sou uma pessoa alegre, gosto de bater papo. Mas no mo-

mento eu não posso, né?! Não posso. Não posso ter amizade com ninguém.

P5: eu só preciso ser livre pra conversar, porque eu não converso, porque se não a mestra abalou [voz de comando] faz barulho, aí eu acabo ficando com raiva, ela não me deixa conversar.

Para Salles e Matsukura (2015), um contexto social desfavorável influencia negativamente o cotidiano e provoca um encadeamento entre diminuição da rede social, empobrecimento do repertório ocupacional e isolamento social. O estigma atribuído à loucura é descrito como um propulsor das saídas de atores das redes sociais dos usuários dos serviços de saúde mental, que, ao receberem um diagnóstico psiquiátrico, tendem ser afastados e excluídos do convívio social (SALLES; MATSUKURA, 2015). Na “porta-giratória”, a redução da rede de apoio é acentuada pelas constantes quebras de vínculos e a piora do prognóstico ocasionados a cada reinternação (ZARNADO et al, 2017).

Nesse cenário de rupturas, a família, como rede primária de suporte, é um importante agente para o cuidado e inserção social dos usuários (SALLES; BARROS, 2013). Os vínculos familiares, quando fortalecidos, geram sentimento de pertencimento e apoio ao indivíduo e o impulsionam a romper com suas barreiras e ampliar seu poder contratual (SALLES; BARROS; SANTOS, 2019). Contudo, as constantes saídas dos demais atores acaba por restringir a rede de apoio à família circunstancial, o que pode tensionar as relações familiares (SILVEIRA et al, 2016). Para os participantes, a insatisfação com a vida diária também se dá por ocasião desses conflitos e tensões familiares.

P1: eu vou te falar eu não me dou bem com ele, com o filho dela [genitora], eu não me dou bem com ele. Ai não dá, eu tenho que viver em outro local.

P2: [se eu pudesse mudar algo no meu dia-a-dia] ia tentar sentir mais amor entre pais e fi-

lhos e mãe e filha [...]. Porque parece que tudo assim tá um caos.

Quando tensionadas, as relações familiares podem ser permeadas por sentimentos de medo, cansaço, superproteção e tende a caminhar para a fragilidade e, em alguns casos, de rupturas dos laços (SALLES; BARROS; SANTOS, 2019). Acrescentada à falta de conhecimentos sobre recursos terapêuticos, os familiares e cuidadores acabam visualizando nas internações psiquiátricas possíveis estratégias de alívio para a sobrecarga emocional e financeira da família (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011), movimento que pode ser um dos fatores relacionados à manutenção do fenômeno “porta-giratória” (GUSMÃO et al., 2017).

Deste modo, a vulnerabilidade das relações e o comprometimento da participação social afeta de maneira significativa a vida das pessoas que vivenciam o *revolving door*, de modo que o baixo suporte e o estresse social foram apontados no estudo de Bertolucci e colaboradores (2015) como um dos fatores mais fortemente associados a reinternações psiquiátricas e, portanto, à “porta giratória”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações coletadas pelos diários e os discursos manifestados demonstram semelhanças no padrão de uso do tempo dos participantes. Foram descritas rotinas com pouca variedade de ocupações, maior alocação do tempo para atividades relacionadas ao descanso e sono, estratégias diárias de gerenciamento da saúde centralizadas na medicação e opções de lazer restritas. No cotidiano, foi constatado comprometimento da participação social e tendência para o engajamento em atividades realizadas isoladas, no ambiente intrafamiliar.

As informações obtidas permitem questionar sobre os impactos que o *revolving door* pode ocasionar na rotina e no uso do tempo daqueles que vivenciam essa

experiência devido à ruptura que desencadeia no cotidiano destes, assim como sobre o papel do fenômeno como precursor ou desencadeador desses impactos. Algumas limitações referentes ao estudo são decorrentes do tamanho da amostra e das intercorrências que alteraram o cotidiano “padrão” dos partícipes, como a pandemia do COVID-19.

De forma geral, os resultados deste estudo elucidam a necessidade de um maior envolvimento dos hospitais com a vida cotidiana de seus usuários, seja como articulador entre os serviços ou como espaço para a produção de conhecimento sobre a temática. Desse modo, espera-se que este estudo possa colaborar para discussões que abordem o fenômeno “Porta-giratória” sobre a ótica da ocupação e seus impactos na vida cotidiana das pessoas que a vivenciam. Almeja-se, também, que de alguma forma venha a somar para a elaboração de políticas públicas de modo a enfrentar a problemática, contribuindo assim para um cuidado integral e longitudinal em saúde mental pautado na clínica ampliada, reinserção social, fortalecimento da autonomia e exercício da cidadania expressos na vida diárias dos usuários da RAPS.

REFERÊNCIAS

ADAMOLI, A. N.; AZEVEDO, M. R. **Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1. P. 243-251, 2009.

ALVARES, F. Q. **Modelo abrangente de reabilitação neuropsicológica para os transtornos psiquiátricos.** In: Reabilitação Neuropsicológicas nos transtornos psiquiátricos: da teoria à prática. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2020.

AOTA. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional:** domínio & processo 3ªed. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. v. 26 (Ed. Especial), p. 1-49, 2015.

BEJERHOLM, U. **Occupational Balance in People With Schizophrenia**, Occupational Therapy in Mental Health, v. 26, n.1, p.1-17, 2010.

BEJERHOLM, U.; EKLUND, M. **Construct validity of a newly developed instrument:** Profile of occupational engagement in people with schizophrenia, POES. Nord J Psychiatry, v. 60, n. 3, p. 200-206, 2006.

BERTOLUCCI *et al.* **Indicadores de Reinternação em Enfermaria de Psiquiatria.** Rev. Debates em Psiquiatria. Ano 5, n. 3, p. 6-8, maio-jun, 2015.

BEZERRA, C. G; DIMENSTEIN, M. **O fenômeno da reinternação:** um desafio à Reforma Psiquiátrica. Mental, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 303-326, jun. 2011

BRAGA, R. B.; PEGORARO, R. F. **Internação psiquiátrica:** o que as famílias pensam sobre isso? Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 61-73, abr. 2020.

CARPINTERO, M. L.; VÁZQUEZ, M. S. **The Relationship Between Volition and Independent Occupational Performance in People with Mental Disorders.** Occupational Therapy in Mental Health, 2017.

CAMPOS, I. O. *et al.* **Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental:** um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 1-21, 2021.

CAMPOS, I.O.; RAMALHO, W.M.; ZANELLO, V. **Saúde mental e gênero:** O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. Estud. Psicol., v. 22, n. 1, p. 68-77, mar. 2017.

CARVALHO, J. F.; VERGARA, S. C. **A fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços.** Rev. adm. empres., São Paulo, v. 42, n. 3, p. 1-14, set. 2002.

EKLUND, M. *et al.* **The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance:** Applications within occupational science and occupational therapy practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2016.

FUSTER, D. **Investigación cualitativa:** Método fenomenológico hermenêutico. Propósitos y Representaciones, v. 7, n.1, p. 201-229, 2019.

GUSMÃO *et al.* **Revolving Door - Reinternação Psiquiátrica Hospitalar.** Humanidades, v. 6, n. 2, jul. 2017

LOURENÇO, M. C.; EMMEL, M. L. G. **O uso do tempo em uma população de adultos jovens universitários:** um estudo exploratório. Revista Brasileira de Iniciação Científica, Itapetininga, v. 3, n. 3, 2016.

MACEDO, *et al.* **Esquizofrenia, atividades instrumentais de vida diária e funções executivas:** uma abordagem qualitativa. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 26, n. 2, p. 287-298, 2018.

MACHADO V.; SANTOS M. A. **Taxa de permanência hospitalar de pacientes reinternados em hospital psiquiátrico.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 60, n. 1, p. 16-22, 2011.

NUNES, A. C.; EMMEL, M. L. G. **O uso do tempo nas atividades cotidianas de crianças de classe popular de 9 a 12.** Rev. Ter. Ocup. USP, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 176-185, maio-ago, 2015.

PEREIRA, *et al.* **Psicodiagnóstico na unidade de internação psiquiátrica de um hospital público.** Clin. Biomed. Res., v. 41, n. 2, 2021.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B, C. **Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder.** *Interface Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011.

RAMOS, D. P. **Pesquisas de usos do tempo:** um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. *Estudos Feministas, Florianópolis*, v.17, n.3, p.860-861, set-dez, 2009.

ROY, L. *et al.* **Patterns of Daily Time Use of Young Adults With or Without First-Episode Psychosis,** *Occupational Therapy in Mental Health*, v. 29, n. 3, p. 232-245, 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S. **Reinternação em hospital psiquiátrico:** a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo* ,v. 41, n. 1, p. 73-81, Mar. 2007.

SALLES, M. M.; BARROS, S. **Vida cotidiana após adoecimento mental:** desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paul Enferm.*, v. 22, n. 1, p. 11-6, 2009.

SALLES, M. M.; BARROS, S. **Exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na vida cotidiana.** *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, v. 22, n. 3, p.704-12, 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S; SANTOS, J. C. **Relacionamentos familiares de pessoas com transtornos mentais:** processos de exclusão e inclusão social. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*, v. 27, 2019.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. **O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional:** uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 24, n. 4, p. 801-810, 2015.

SESPA, Secretaria Estadual de Saúde do Pará. Governo do Pará anuncia medidas de flexibilização para eventos na pandemia, **saude.pa**, 2021. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/governo-do-para-anuncia-medidas-de-flexibilizacao-para-eventos-na-pandemia/>. Acesso em: 08 de jan. de 2022.

SILVEIRA *et al.* **O outro lado da porta giratória:** apoio comunitário e saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 21, n.2 p. 325-335, abr./jun. 2016

ULRICH, N. M.; LUZ, Y. B.; SANTOS, D.R. **Uso do tempo e atividades significativas de adultos submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas.** *Rev. Ocupación Humana*, v.18, n. 1, p. 7-20, 2018.

ZANARDO, G.L.P. *et al.* **Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre:** características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Rev. Bras. Epidemiol.* V. 20, n.3, p. 460-474, jul-set, 2017.

CAPÍTULO 8

CORPO FEMININO NA TERCEIRA IDADE E O CUIDADO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL: ENSAIOS/INSIGHTS DE AUTOCONHECIMENTO E HISTORICIDADE

*Alane Marques Lima
Carla Larissa Costa Ferreira
Débora Ribeiro da Silva Campos Folha
Ingrid Bergma da Silva Oliveira*

INTRODUÇÃO

Decorrente do aumento da expectativa de vida e da redução das taxas de natalidade, a população brasileira envelhece progressiva e intensamente. Em 2012, 25,4 milhões da população tinha 60 anos ou mais. Em cinco anos, esse número cresceu 18%, totalizando 4,8 milhões de novos idosos no país. Desse grupo etário, 56% é composto por mulheres, isto é, 16,9 milhões, enquanto os homens assumem 44% dos dados, ou seja, 13,3 milhões. A expressiva porcentagem, nesse contexto, do gênero feminino revela um fenômeno intitulado a feminização da velhice (IBGE, 2018).

A feminização da velhice é um processo que demanda o desenvolvimento de ações e políticas públicas para as idosas, levando em consideração, por um lado, suas particularidades referentes à faixa etária e, por outro, a permanência e intensificação das desigualdades de gênero (BELO, 2013).

Gênero e idade já foram apontados por demógrafos como os principais fatores diferenciais que sinalizavam necessidades as quais as políticas de saúde e assistência deveriam considerar na formulação de suas diretrizes (SALGADO, 2002). Todavia, com o tempo, renda e educação somaram-se às variáveis indicativas de vulnerabilidade desse grupo etário e ditaram novos fatores diferenciais na geração de políticas. Em 2010, das doze milhões de idosas que compunham a população total brasileira, oito milhões eram analfabetas ou não tinham concluído o ensino fundamental (BELO, 2013).

Em estudo do IBGE de 2016, 55,9% das mulheres acima de 45 anos são caracterizadas no grupo “sem instrução e ensino fundamental incompleto”. Em estudo publicado em 2014 sobre condições de vida dos idosos no Brasil, a partir de uma análise da renda e nível de escolaridade, as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior índice de condição de vida precária com relação às outras regiões do país (MELO *et al.*, 2014).

Além disso, a atual geração de idosas no Brasil é marcada pelas limitações impostas pelo patriarcado ao longo de suas vidas, o qual ditou seus lugares e funções sociais unicamente ao âmbito doméstico e reprodutivo, impedindo dessa forma a expressão livre desses corpos, bem como suas atuações nos demais locais da sociedade. Por exemplo, no trabalho com condições dignas e igualitárias, no acesso ao ensino e formação adequados e na vivência da sexualidade. Com isso, definiu-se que ser feminina/mulher é ser obediente e resignada (MOTTA, 2011).

Somado a esse receituário de comportamento feminino, têm-se o fato das mulheres idosas na atualidade brasileira envelhecerem em uma sociedade que associa a velhice à inutilidade, dependência, adoecimento e exclusão, bem como exige, contraditoriamente, destas mulheres, o realce de seu papel de cuidadora acolhedora, amoro-

sa, detentora de uma força de trabalho que contribua para o sustento do lar e cuidados diversos com filhos e netos (BELO, 2013).

Portanto, a configuração da velhice feminina é marcada por dois discursos convergentes, o primeiro referente à expressão da feminilidade através da submissão e passividade, e o segundo sobre a vivência de ser idosa pelos dois fatores anteriores acrescidos de dependência e assexualidade. Segundo pesquisa realizada por Belo (2013), acerca da velhice:

A solidão é apresentada como o espelho da velhice da mulher em 47,2% de suas respostas. [...] A ideia dominante sobre o significado de ser mulher, em 67,2% dos casos, está atrelada ao fato de ter responsabilidade com a família, trabalhando e sendo forte, sendo o esteio, o apoio principal para a manutenção da estrutura familiar. Complementam, ainda, em 20,2% de suas respostas, que “sofrer muito” faz parte do destino da mulher. [...] Este modelo de “ser mulher” corresponde a uma realidade extremamente doméstica, já que não exercem atividades que geram renda fora de casa, não frequentam associações ou grupos ou outras atividades sociais. Não existe, entre a maioria das mulheres entrevistadas, a prática de participação política (apenas 2,4% fazem parte de sindicatos e 4,5% frequentam associações), reafirmando que a velhice, para este grupo social, ainda continua vinculada às atividades religiosas e “do lar” (p. 10-11).

A partir destes pressupostos apresentados, pensar o corpo feminino na terceira idade é um desafio, e que se apresenta em vários campos da saúde sejam eles a Ginecologia, a Gerontologia ou a Terapia Ocupacional, dentre outros. Assim, nos propomos a problematizar neste capí-

tulo “como os processos de autoconhecimento feminino na terceira idade podem estar em conexão com ensaios/insights de historicidade?”. E mais, “como oferecer cuidados terapêuticos ocupacionais diante das demandas do corpo feminino na terceira idade?”.

MÉTODO

Este estudo tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), este tipo de estudo tem como finalidade descrever completamente determinado fenômeno, no qual as descrições podem ser dados quantitativos, qualitativos ou informações obtidas na observação, de modo que os procedimentos de amostragem são, então, flexíveis.

De modo mais singular, a pesquisa exploratória objetiva aprimorar ideias ou confirmar as descobertas de intuições. Neste caso, as hipóteses aqui levantadas, sendo um método flexível e que considera os variados aspectos relativos à problemática estudada. A pesquisa descritiva, por sua vez, tem a finalidade de descrição das características de determinada população ou fenômeno e, então, a construção de relações entre as variáveis (GIL, 2002).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e animais, sendo este projeto de pesquisa aprovado pelo parecer nº 3.979.930 e CAAE 29952620.0.0000.5174, do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Diante do contexto de pandemia causado pela Covid-19, a pesquisa necessitou de adaptações junto ao projeto inicial, desta maneira, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevista *on-line* para a proteção das participantes, que compõem um dos grupos de risco da doença.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um formulário composto por perguntas discursivas e objetivas e também um diário de campo das pesquisadoras, para registro de impressões pessoais no decorrer do processo de pesquisa.

O formulário foi dividido em três partes. A primeira era referente à coleta de dados pessoais: a) Aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); b) Identificação e dados socioeconômicos; c) Meios de preenchimento do formulário. A segunda parte, por sua vez, englobava perguntas cujas respostas contemplassem as questões norteadoras da pesquisa: a) Mulher e sociedade; b) Envelhecimento e corporeidade. A terceira parte tratou da participação em práticas de cuidado em saúde e do feedback geral sobre a referida pesquisa.

Participaram deste estudo 15 mulheres com idade entre 62 e 77 anos. As mesmas eram participantes de grupos de atendimento em Terapia Ocupacional de duas instituições, uma pública e uma privada, localizadas no município de Belém (PA). Neste estudo, estas mulheres receberam codinomes representando mulheres que são símbolos femininos que compõem o processo histórico de construção do Brasil, demonstrando suas resistências, silenciamentos, opressões e encorajamentos.

Os critérios de inclusão foram participantes do sexo feminino, com idade acima de 60 anos e alfabetizadas, que tinham domínio mínimo sobre o manejo de eletrônicos e acesso à internet, visto que precisavam de um aparelho *smartphone* ou *notebook* para a entrevista.

Desta forma, iniciou-se o contato por meio de ligação telefônica, a fim de convidar as idosas, explicar a temática da pesquisa, verificar interesse das participantes e agendar dia e horário para uma entrevista individual virtual com as pesquisadoras por meio de plataforma gratuita de comunicação por vídeo, seja *Google Meet* ou *WhatsApp*.

Este encontro *on-line* teve o objetivo de auxiliar as idosas no preenchimento do instrumento de coleta de dados, uma vez que de forma conjunta, com auxílio da pesquisadoras, evitou-se equívocos, foram esclarecidas dúvidas, facilitando o acesso à plataforma do formulário e estabelecendo um diálogo e interação entre as participantes e as pesquisadoras. Neste momento também foram realizadas observações a respeito das participantes durante o processo, como seus comportamentos, seus relatos de vivências e conceitos pessoais, sendo tudo isso descrito no diário de campo.

Os dados construídos neste estudo foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011). Este tipo de análise busca descrever os indicadores contidos nas narrativas, para que haja inferência dos conhecimentos destas mensagens. De acordo com Câmara (2013), a análise do conteúdo de Bardin, possui três etapas: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação). Os dados quantitativos da pesquisa foram sistematizados por meio do serviço gratuito para criação de formulários *on-line*, “*Google Forms*”, e analisados de forma descritiva juntamente com as anotações do diário de campo.

RESULTADOS

As participantes tinham idade entre 62 e 77 anos. Das idosas, 60% se declaram com cor/raça parda, enquanto 20% se declararam preta e 20% branca. Sobre a renda familiar mensal, 60% marcaram “até dois salários mínimos (até R\$ 2.090,00)”, 20% marcaram “entre dois a quatro salários mínimos (R\$ 2.090,01 a R\$ 4.180,00)”, e outros 20% marcaram “entre quatro a dez salários mínimos (R\$ 4.180,01 a R\$ 10.450,00)”. Sobre a escolaridade das idosas, a maioria (53,3%) respondeu ter o ensino médio completo, enquanto 20% tem o ensino superior completo, outros 20% têm ensino fundamental incompleto e 6,7% têm ensino médio incompleto.

A análise de dados fez emergir duas unidades de significação, descritas a seguir: 1) Mulher e sociedade e 2) Envelhecimento e corporeidade.

MULHER E SOCIEDADE

Algumas questões do instrumento de coleta de dados traziam frases, das quais as idosas deveriam marcar as que já escutaram no decorrer de sua vida. As frases assinaladas como as mais escutadas, por 93,3% das participantes, foram “Mulher no volante perigo constante” e “Está brava por quê? Está de TPM¹?”. Além destas, 86,7% referiram já terem escutado as frases “Se já sabe cozinhar, já pode casar”, “Mulher age com a emoção e não com a razão” e “Uma mulher só é completa quando tem filhos”. Outras 66,7% das participantes do estudo marcaram a frase “Mulher e carro quanto menos rodado melhor”. E 53,3% assinalaram a frase “Mulher quando diz não só está se fazendo de difícil”.

Ao serem questionadas sobre o que essas frases causavam nelas, 73,3% das idosas marcaram que estas não as afetavam ou que as ignoravam. Nesse contexto, a Antonieta de Barros relata que: “A gente passa tanta coisa na vida, que essas frases não afetam.”

A questão seguinte mostrou relatos de idosas conhecidas, para que marcassem qual era mais familiar e correspondente a sua história de vida. Assim, 50% das idosas marcaram os relatos “*Tenho 82 anos e ainda sou virgem. Na minha época não podíamos ficar saindo, nem ver as marchinhas de carnaval passar, pois ensinaram que mulher direita não fazia isso*” e “*Eu sempre quis aprender a fazer pão com meu pai. Engraçado como agora que pensei nisso, por ser mulher não fui instruída a fazer o trabalho dele quando ainda era adolescente, mas apenas a aprender os afazeres de uma dona de casa (limpar, lavar, varrer, cozinhar, cuidar do irmão mais novo)*”.

Diante destes relatos, surgiram as vivências pessoais que as idosas passaram no decorrer de suas vidas, descritas a seguir, conforme dito por elas mesmas (identidades protegidas por codinomes):

“Tive uma criação dos pais rígida, não saía sem a permissão deles.” – Carolina Maria de Jesus

“Antigamente tinha que aprender de tudo, para ser dona de casa.” – Tereza de Benguela

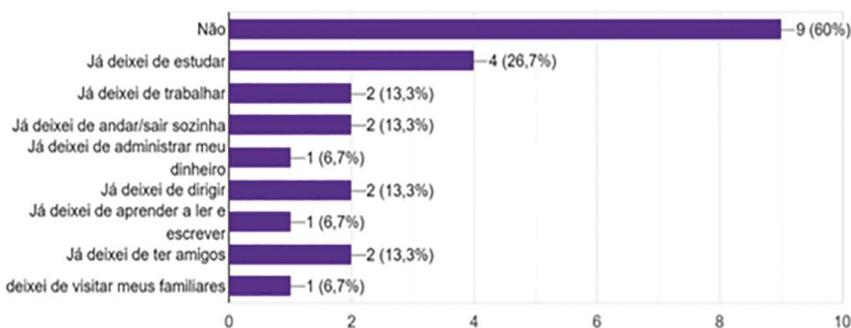
“Não era para trabalhar, era pra cuidar de casa.” – Dandara

Diferente da maioria dos relatos, Antonieta de Barros referiu o seguinte:

“Meus pais ensinavam os afazeres de casa tanto pras mulheres quanto pros homens.”

Prosseguindo com as perguntas, foi questionado se, em algum momento da vida, as participantes deixaram de fazer algo por serem mulheres. As respostas estão ilustradas na figura a seguir (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Porcentagem de respostas à pergunta “em algum momento da vida, você deixou de fazer algo por ser mulher?”



Fonte: Banco de dados das autoras (2020).

Apesar da maioria, 60% das participantes, informar que não deixou de fazer algo por ser mulher, foram

observados vários relatos de situações de impedimento de estudar ou trabalhar devido aos papéis domésticos destinados à mulher.

“Estudava o ensino fundamental, o falecido marido me fortaleceu para estudar, porém depois não deixou por ciúmes e por ele não cuidar dos filhos. Após a separação, continuei os estudos até o magistério, realizei um sonho.” – Carolina Maria de Jesus

“Certa vez, fiquei noiva. Eu trabalhava, ele disse que ao casar, eu deveria deixar o trabalho e cuidar dos filhos. Não casei.” – Glória Maria

“Quando me juntei com meu marido, ele não me deixava estudar e tinha muito ciúmes. Me formei depois que me separei. Meu marido administrava meu dinheiro, não deixava estudar e me separou da minha família.” – Tarsila do Amaral

“Meu pai não me apoiava a estudar.” – Maria Firmina dos Reis

Então, indagou-se às participantes se já lhes fora proferida a seguinte frase “Você não pode fazer isso porque é mulher!”, ao que 60% das idosas responderam que sim. Seguindo as questões, perguntou-se também “Se existem coisas de mulher e coisas de homem”, 60% responderam que não, já 26,7 % afirmaram que sim, e outras 13,3% disseram que talvez.

“No tempo que eu tinha meu pai, ele dizia isso ‘não pode fazer porque é mulher’.” – Tereza de Benguela

“Nunca deixei de fazer algo por ser mulher, já me apelidaram até de Pereirão [...] Tem coisa de homem devido a força, mas lembro que quando tinha marido, eu fazia atividades sozinha que exigia força.” – Carolina Maria de Jesus

“Uma mulher pode fazer o que quiser dentro do que sua biologia permite, eu não consigo imaginar uma mulher menstruada batendo cimento, então não posso dizer que pode fazer o que quiser 100%, depende.” – Dandara

“Homem e mulher podem fazer as mesmas coisas, mulher, claro, em menor grau por causa da força física, mas ambos são capazes.” – Antonieta de Barros

Seguidamente, listou-se algumas frases que geralmente as mulheres escutam ao longo de suas vidas e pediu-se para que as participantes marcassem aquelas com as quais concordassem. Deste modo, 93,3% concordaram com a frase “Mulher tem que se cuidar”. Já 66,7% concordaram com as frases “Mulher de verdade tem que se dar o respeito” e “Por trás de um grande homem, há sempre uma grande mulher”. Ainda, 53,3% das idosas concordaram com “Mulher sábia edifica o lar”, e 40% concordaram com as frases “O sonho de toda mulher é ser mãe” e “Mulher não pode falar palavrão”. Os excertos a seguir relacionam-se com o conteúdo destas frases:

“Filho dá muito trabalho, então tem uma minoria de mulher que não quer não [...] Conheço homens na família que casou e endireitou.” – Antonieta de Barros

“Conheço pessoas que não querem ter filhos por medo.” – Carolina Maria de Jesus

“Sem a mulher não existe o homem.” – Chica da Silva

Diante dessa relação de papéis de gênero, questionou-se, de forma subjetiva, sobre o conceito de ser mulher para cada participante, obtendo os seguintes relatos:

“É cumprir com seu dever, cumprir com sua bondade e ser feliz na vida. É respeitar o marido da gente, ele respeitar a gente, pra viver bem.” – Ruth de Souza

“É ser valente, ser forte, ser honesta, ela tem que ser acima de tudo decidida, fazer o projeto de sua própria vida, ter liberdade e uma vida completamente transparente sem machucar ninguém.” – Glória Maria

“É conquistar o espaço, fazer seus direitos.” – Zezé Motta

“É dar tudo o que tem, amar, ser mãe, dar seu amor concreto para todas as pessoas.” – Anita Garibaldi

“Tem que ser independente, poder ir e vir, ter sua liberdade, dizer que não é não, tem que ser respeitada, entrar e fazer o que quiser, é um ser superior igual a todos, não tem que ser distinguida por ser negra, solteira, tem que ser ela mesma independente de qualquer coisa.” – Dandara

“É ser individual com ela mesma, ter, querer, é realizar, o que ela quer ela realizar, mulher não depende de ninguém, mulher não precisa depender de homem nenhum para ser mulher, mulher tem que depender dela mesma e de Deus, acima dela só Deus e mais ninguém.” – Antonieta de Barros

“É ser mãe, ser guerreira, determinada, tem que ter o impulso de ser mulher.” – Maria Firmina dos Reis

“Ser corajosa para realizar seus sonhos, ser mãe e dona de casa, é um conjunto de muitas coisas para realizar, correr atrás das suas realizações, ter pensamento positivo e fé para buscar, conjunto de luta.” – Carolina Maria de Jesus

“Ser mãe, ser dona de casa, ser carinhosa, ser religiosa, amar os filhos e as pessoas ao seu redor.” – Tia Ciata

“Tem que ser livre e se libertar de todos esses estigmas que vem sofrendo ao longo do

tempo. E tentar se ajudar uma as outras, não ser feminista ao extremo. A figura de mulher pra mim, é aquela doce, mas que não seja submetida às torturas de antigamente. Que sejam respeitadas.” – Dona Ivone Lara

“Ser mulher é ser maravilhosa, ser respeitosa com outras mulheres ao redor, ter dignidade e respeito por seus queridos e suas próximas.” – Chica da Silva

“Ser mulher é nascer pra ser mãe, se valorizar, estudar e ter seu emprego, cuidar de seu emprego e família.” – Tarsila do Amaral

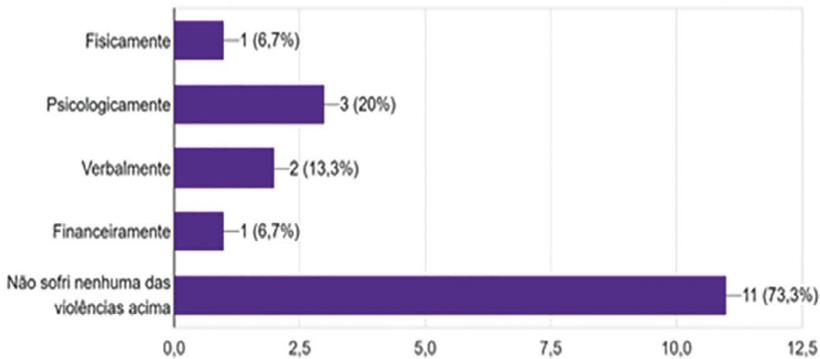
“É ter liberdade de fazer o que quiser, é tomar suas decisões, é ajudar seu marido e filhos. Se tiver condições financeiras, realizar seus sonhos. Viver e ser feliz.” – Maria Quitéria

“Ser educada, ser compreensiva, ser religiosa, saber o que quer da vida.” – Enedina Alves Marques

Por adiante, solicitou-se que as participantes escolhessem quais conselhos, entre os apresentados, concederiam para as novas gerações de mulheres. A opção mais votada, por 93,3% das idosas, foi o conselho “Estude e trabalhe para ser independente, não dependa de homem”. E mais, 73,3% votaram nos conselhos “Não deixe de fazer algo só porque o seu companheiro não aprova” e “Aventure-se na vida, sem medo de julgamentos”. E 66,7% destacaram o conselho “Construa uma família e lute por ela, essa é a maior benção que você pode ter”. O conselho que não foi marcado por nenhuma das idosas foi “Não se case, não tenha filhos, curta sua vida”.

Dando continuidade à seção *Mulher e Sociedade*, ingressou-se na temática da violência. Foi então questionado se, em algum momento de suas vidas, elas haviam sofrido alguma das violências descritas na figura a seguir (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Porcentagem de respostas para a pergunta “em algum momento da sua história, alguém já lhe machucou de alguma dessas formas?”



Fonte: Banco de dados dos autores (2020).

Conforme apresenta o gráfico 2 a maioria, 73,3% das idosas, respondeu não ter sofrido nenhuma violência. Porém, foi percebido – durante os relatos e respostas a outras perguntas – que as idosas passaram por certas situações de violência no decorrer de suas vidas, sem que, no entanto, as reconhecessem como opressões, principalmente advindas do parceiro/marido.

ENVELHECIMENTO E CORPOREIDADE

Nessa etapa da pesquisa, buscou-se compreender melhor o processo de envelhecimento do corpo feminino. Já sabendo que este envolve modificações e consiste em um período de transição, procurou-se conhecer as principais mudanças que o processo trouxe na percepção das participantes. Desta forma, 73,3% destacaram que a principal mudança foi na saúde, seguido pela velocidade em se movimentar (40,0%), na aparência física (33,3%), no trabalho (26,7%) e na independência (20%).

Ao referir-se à relação com o próprio corpo na terceira idade, 40% responderam que se sente bem com seu corpo e 60% responderam “me sinto bem, mas gostaria

de mudar algumas coisas”. Já ao serem indagadas sobre insatisfação nas outras áreas da vida, as respostas foram, respectivamente: não me sinto insatisfeita (53,3%), com minha mobilidade (20%), com minha vida sexual (13,3%), com minhas relações familiares (13,3%), com minha aparência física (6,7%), com meu humor (6,7%) e com minha independência (6,7%).

Por seguinte, foi questionado se as participantes deixaram de fazer algo porque lhes disseram que “não era adequado para sua idade”. Porém, 80% das participantes afirmaram que mesmo que tivessem escutado, isso não interferiu na sua autonomia de realizar suas próprias vontades.

Diante dos planos e projetos de vida, há alguns que não foram realizados anteriormente e 93,3% das idosas responderam que têm vontade de realizá-los na terceira idade. E esse mesmo número de idosas (93,3%) afirmou que não se sente impossibilitada de realizar suas vontades devido à idade.

Todas as participantes concordaram que práticas de cuidado em saúde podem ajudar a vivenciar melhor essa fase de mudanças e adaptações com o próprio corpo. Foram apontadas diversas práticas integrativas e multidisciplinares que podem favorecer esse processo de relação com o próprio corpo e a saúde, assinaladas pelas participantes da seguinte forma: Terapia Ocupacional (93,3%) , atividades corporais diversas (73,3%), dança (73,3%), meditação (66,7%), caminhada ou corrida (66,7%), pilates (60%), massagem (60%), yoga (53,3%), grupo de convivência na igreja (53,3%), frequentar academia de ginástica (53,3%), atividades musicais (46,7%), atividades expressivas (46,7%), natação (40%) e hidroginástica (13,4%).

Ao final do estudo, perguntou-se se a pesquisa proporcionou refletir sobre algum assunto, desta forma as participantes destacaram, de forma subjetiva:

“A questão da violência contra a mulher.” – Zezé Motta

“Sobre o conceito de ser mulher, minha aparência e insatisfações.” – Anita Garibaldi

“As questões sobre mulher na sociedade.” – Dandara

“Sobre relações de dependência e opressão, do que mulher pode e gostaria de fazer e sobre o parceiro não permitir.” – Antonieta de Barros

“Sobre minha independência e força enquanto mulher ao redor da minha história.” – Carolina Maria de Jesus

“Sim, as práticas de cuidado em saúde.” – Dona Ivone Lara

“Já passamos por isso, e não estamos sós. O estudo está favorecendo a qualidade de vida dos idosos.” – Chica da Silva

DISCUSSÃO

Com base na entrevista e preenchimento da primeira questão do formulário, na seção “Mulher e sociedade”, um fato que as pesquisadoras destacam é a normalização da misoginia e, logo, a dificuldade de reconhecimento de opressões por parte das entrevistadas.

A literatura, por sua vez, traz uma possível explicação desse fenômeno, ao fazer um recorte histórico de gênero e geração. Destinar determinados papéis para a mulher, ao longo dos séculos, foi uma forma de permitir o domínio masculino sobre sua existência, lhes dando o direito de decidir sobre sua vida ou morte, tornando comum para as mulheres uma vida baseada na passividade, obediência e silêncio (CALDAS *et al.*, 2008).

Cria-se, assim, uma crença popular de inferiorização feminina reforçada pelas tradições, por meio dos cos-

tumes e comportamentos, e repassada por gerações como algo natural, legitimando, dessa forma, a violência contra a população feminina (MOREIRA; CUNHA, 2018).

A dificuldade dessas mulheres reconhecerem sofrer opressões está intrinsecamente ligada à naturalização da violência e a educação passiva que lhes é oferecida. Desde a infância, quando fazem a criança acreditar que seu colega de escola, ao agredi-la, na verdade está expressando afetos por ela e que ela não deve estranhar ou revoltar-se com esses comportamentos, pois “meninos são assim mesmo”, naturaliza-se as opressões e silenciamentos das mulheres (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Caldas *et al.* (2008) explica que, ao chegar na terceira idade, todas essas problemáticas se cronificam, pois se acumulam todas as vivências opressivas de uma mulher ao redor da sua vida. Assim, o autor acredita que “a natureza das violências que a idosa sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e transfere-se culturalmente” (s.n.).

Já na questão referente à violência contra a mulher, novamente as entrevistadas não reconheceram os abusos que sofreram, principalmente pelos seus cônjuges. A violência naturalizada dentro dos relacionamentos ocorre a partir da desigualdade de gênero que estrutura a subjetividade de homens e mulheres e organiza suas relações, fazendo esse primeiro grupo crer que deve mandar e o segundo grupo obedecer, mesmo que isso custe sua vida (SANTOS *et al.*, 2020).

Soma-se aqui, ainda, o pensamento de que “a vida é assim mesmo”, que tudo seria “uma fase ruim da relação” ou ainda a presença da dependência econômica e psicológica, na qual as mulheres abandonam seus próprios caminhos para trilhar o de outro alguém (CALDAS *et al.*, 2008).

Para muitas mulheres é difícil reconhecer que estão em situação de violência, sobretudo com alguém com

quem mantém ou mantiveram laços, não só por todos os fatores já citados, mas também pela carga social que um término significa para a mulher. Afinal, culturalmente ela é a responsável por sustentar a harmonia do lar, e quando ocorre a separação é socialmente compreendido que ela falhou no seu papel de manter o homem apaixonado e, assim, tudo o que é gerado a partir disso, por consequência, é considerado culpa dela (CAMPOLINA, 2014).

Segundo Campolina (2014), a crença de que o casamento é algo indissolúvel e eterno, bem como a criação dos filhos deve ser conjunta, são fatores que contribuem para a mulher continuar nesse tipo de relação. Assim explica Jacira Vieira de Melo, diretora executiva do Instituto Patrícia Galvão, que é uma organização feminista de referência no campo dos direitos das mulheres:

Nossa cultura de gênero é para preservar o casamento, criar os filhos. A mulher tem vergonha, medo, insegurança interior de abandonar tais papéis. A mulher não é somente ela nessa relação. Ela é uma unidade familiar, pois nunca avalia a situação só a partir dela, inclui sempre os filhos (GALVÃO, 2020, s.n.).

Além disso, para denunciar os maus tratos as idosas precisam conhecer seus direitos, o que com frequência não acontece. No estudo de Brito *et al.* (2020), em Manaus, com dez mulheres idosas atendidas na Delegacia Especializada em Crimes Contra o Idoso (DECCI), quando questionadas sobre conhecer a Lei Maria da Penha (Lei 11.340, 2006) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 2003) as idosas alegaram desconhecimento dos seus direitos assegurados, de modo que isso dificultou o acesso à busca por ajuda.

Dessa forma, ocorre também um isolamento por parte da idosa de modo que ela se distancia de suas possíveis redes de apoio, como a família. Essa distância, por sua vez, limita as possibilidades de ajuda e torna a depen-

dência para com seu agressor ainda maior. Somado a isso, têm-se a culpa internalizada pela idosa que crê, devido a décadas de opressão e abusos rotinizados/naturalizados, merecer tais agressões e gerá-las a partir do seu próprio “mau comportamento” (CALDAS *et al.*, 2008).

ATOS DE RESISTÊNCIA E BUSCA DE IDENTIDADE

Ao observar os relatos construídos a partir do questionamento “você já deixou de fazer algo por ser mulher?”, notou-se atos de resistência nas falas. Desse modo, percebe-se tais movimentos como luta contra a opressão e de busca por liberdade para realizações pessoais e, assim, também a busca de reconstrução da própria identidade.

Maders e Angelim (2012) afirmam que esses movimentos sociais ganham maior potencial quando há essa luta e resistência desde o seio familiar. Já que as relações de gênero foram formadas a partir de construções culturais de identidades masculinas e femininas, diretamente ligadas a relações de poder, as quais impõem comportamentos aos homens e mulheres. Havendo desta forma, por grande parte da humanidade, uma naturalização das desigualdades de gênero.

Essa resistência surge a partir da percepção do desequilíbrio nas relações de gênero, sendo que essa dominação pelo sexo masculino é advinda de uma construção social fortalecida pela família, pelo Estado e pela Igreja. Diante disso, a identidade reconhecida pelas mulheres, nesse contexto, é a da opressão, exploração e submissão, havendo, então, a necessidade de uma reconstrução de identidade, que se manifesta em atos de resistência como os já citados ao longo deste capítulo (MADERS; ANGELIM, 2012).

Assim, esse processo de reconstrução acontece, também, devido a influência dos movimentos feministas que, juntamente com os movimentos em prol dos direitos humanos, foram protagonistas da emancipação feminina,

alcançando conquistas como controle da reprodução – por meios de métodos contraceptivos – o direito ao voto, à educação, ao trabalho e às decisões familiares (MADERS; ANGELIM, 2012). Apesar disso, ainda há estigmas, e até alusões pejorativas sobre o feminismo, como o relato de Dona Ivone Lara ao explicar seu conceito do que é “ser mulher”, quando afirma que não precisa “ser feminista ao extremo”.

É interessante analisar como as idosas da atualidade tentam manter sua educação familiar e de vida, fortemente influenciadas pelo patriarcado e papéis de gênero, ao mesmo tempo em que buscam equilibrar com a noção atual de direitos das mulheres. É quase como se quisessem demonstrar insatisfação pelas opressões sofridas ao longo dos anos, mas tivessem receio de abandonar o ideal de mulher dócil e digna ao fazerem isso.

Rodrigues e Justos (2009) confirmam os achados, ao referirem que há uma vivência intensa de conflitos nessa reconstrução da identidade feminina que, a priori, é enraizada em submissões e opressões. Ao mesmo tempo em que há esse reconhecimento e resistência, ainda há sentimentos de inadequação e auto-recriminação no ato de modificar padrões de conduta advindos do patriarcado.

ESTEREÓTIPOS E PAPÉIS DE GÊNERO

Já no que se refere à temática de papéis de gênero, observou-se que a maioria das participantes tem pensamento desconstruído, apesar de vivenciarem situações de julgamento desses papéis. Diante disso, destacamos o seguinte relato: “Nunca deixei de fazer algo por ser mulher, já me apelidaram até de Pereirão” (Tarsila do Amaral).

Ao determinar a existência e o papel feminino na produção e reprodução da vida justifica-se a opressão, hierarquização entre os sexos e a supremacia masculina por meio de um discurso biologicista, o qual explica que essas desigualdades são obras das diferenças biológicas

entre homem e mulher (POLTRONIERI; VILIONEE, 2017). Essa forte influência do determinismo biológico é evidente através dos seguintes relatos: “Uma mulher pode fazer o que quiser dentro do que sua biologia permite” (Dandara) e “mulher, claro, em menor grau por causa da força física” (Antonietta).

Com isso, constroem-se papéis e comportamentos masculinos e femininos, perpetuando os ideais patriarcais, sustentados pelo machismo e materializados pelas relações sexistas, inferiorizando e ditando modos de viver às mulheres (POLTRONIERI; VILIONEE, 2017).

Assim, instituíram-se normas de “como ser mulher” em todas as fases da vida, incluindo a terceira idade. Logo, ao compreender esse histórico, entende-se a correlação e influência íntima que existe entre os fatores gênero-geração-patriarcado e, por sua vez, a origem da dupla vulnerabilidade com a qual o público feminino se depara: a discriminação por gênero e idade (BELO, 2013).

Dessa forma, a condição de gênero é fundamental para compreender os processos de envelhecimento, nos quais as mulheres são maioria e suas vivências dessa fase são divergentes da masculina (SANTOS, 2014).

CONSELHOS LIBERTADORES

Referente à questão na qual se explana quais conselhos as idosas ofereceriam à nova geração de mulheres, as entrevistadas marcaram, principalmente, respostas que indicavam reflexões sobre independência financeira e educacional.

Ao analisarmos os discursos das participantes com menor renda e escolaridade, percebemos que suas maiores preocupações eram ligadas à independência financeira e educação. Enquanto que as participantes com maiores rendas e escolaridades, atentaram-se mais para temáticas corporais, demonstrando que, ao ter um ensino básico de

qualidade e uma renda fixa, abre-se espaço para discussões mais modernas, justamente por possuírem a garantia do mínimo.

Aquelas menos privilegiadas, por sua vez, priorizam a aquisição do mínimo e pouco se engajam em assuntos que envolvam liberdades corporais (como assédio, misoginia, machismo, etc.). Esta inferência foi realizada a partir dos dados socioeconômicos obtidos, no qual 60% das idosas apontaram ter renda familiar abaixo de dois salários mínimos.

Santos *et al.* (2014) explica que isso acontece porque marcadores sociais como sexo/gênero, raça/etnia, idade/geração, renda e escolaridade influenciam diretamente no pensamento, no sentimento e na ação da pessoa idosa frente à vivência do processo de envelhecimento dentro da cultura em que está inserida.

Estudos como de Raynaut (*apud* SANTOS, 2009) fundamentam essa ideia ao considerar os fatores socioeconômicos como elementos constituintes das condições de vida dos sujeitos, o que possibilita uma visão mais ampliada da realidade concreta dos idosos no Brasil, pois permite problematizar para além das questões econômicas, pensando e descrevendo a face material da realidade e a disponibilidade e utilização de bens e serviços (de saúde, segurança, energia elétrica, comunicação, escolaridade, condições de trabalho, cultura e lazer).

Outra percepção interessante é que as participantes que já mantinham contato com práticas de saúde há algum tempo, sobretudo atendimentos terapêuticos ocupacionais, apresentaram maior facilidade para reconhecerem e dialogarem sobre temáticas que envolvessem corpo, direitos e violação desses, bem como reorganização do cotidiano e planos de vida.

Rodrigues e Justos (2009) ratificam esta ideia ao afirmarem haver uma ressignificação da feminilidade na

terceira idade, já que se conectam com outros modos de subjetivação, de modo que, desobrigadas dos papéis sociais, rompem com os padrões e valores determinados socialmente, desenvolvendo relações interpessoais que permitam o desenvolvimento de novos aprendizados sobre seu feminino e engajam-se em processos que promovem reflexões e transformações.

ENVELHE(SER) MULHER: POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Ao dialogar com as participantes da pesquisa sobre o processo do envelhecimento e sua corporeidade, 73,3% destacaram que a principal mudança foi nos aspectos relacionados à saúde, principalmente nos aspectos físicos e funcionais como a velocidade em se movimentar.

Uma consequência natural do processo de envelhecimento é o desgaste do organismo ao longo dos anos, resultando em declínios fisiológicos e, conseqüentemente, funcionais. Por isso a velhice é, muitas vezes, estigmatizada por ser caracterizada como uma fase de perdas nas capacidades de autonomia e independência (BIOLCHI *et al.*, 2015).

Entretanto, 80% das idosas desta pesquisa demonstraram discordância desses estigmas. Além disso, 93,3% das idosas responderam que têm vontade de realizar, agora na terceira idade, planos ou sonhos que não foram realizados anteriormente.

É interessante notar que, ao se desprender dos papéis de gênero dados à feminilidade, de mãe e zeladora da casa, nesta etapa da vida, a mulher tem possibilidades de se redescobrir e até mesmo se reinventar (RODRIGUES; JUSTOS, 2009). Como bem estas autoras explanam:

Por um lado, as sexagenárias sentem-se felizes ao romperem com tabus que por tantos anos as cercearam, tendo a oportunidade

de resgatar coisas que antes não puderam fazer como uma eventual volta ao piano, à escultura, a escrever, a viajar, a aprender uma nova língua, a namorar, a se alfabetizar ou a dançar e assim por diante. Por outro lado, o sentimento de culpa as assombra por se verem contrariando expectativas e demandas de uma sociedade onde seus filhos estão inseridos (p.174).

Outro aspecto apresentado por Rodrigues e Justos (2009) é que este processo “pode ser tomado como uma vivência tardia da revolução feminina da qual não puderam participar”, por outrora, estarem atreladas a valores, costumes, tradições e ambientes conduzidos pelo patriarcado, que impossibilitava atos de revolta.

Ademais, os autores destacam que as mulheres na terceira idade, visam a busca da identidade e da independência, com a concretização de realizações pessoais. Além da procura por espaços sociais, onde sua presença se faz ativa e sua voz pode ser prestigiada (RODRIGUES; JUSTOS, 2009).

A procura por espaços de convivência e de novas relações interpessoais se confirma na pesquisa, ao relatarem que a participação em práticas de cuidado em saúde favorece esse processo de relação com o próprio corpo e a saúde, uma vez que as participantes do estudo participam e compreendem a importância da Terapia Ocupacional, sendo uma das práticas mais citadas (93,3%) dentre as diversas práticas de cuidado apontadas.

Ao referirmos a relação com o corpo na terceira idade, 60% das idosas responderam que “se sentem bem, mas gostariam de mudar algumas coisas”. Uma possível explicação para esse fenômeno é que na sociedade ocidental acredita-se que ser jovem é melhor que ser velho, ser homem é melhor que ser mulher, então ser mulher e velha equivale a dupla desvalorização. Isso é perceptível ao

pensarmos sobre o imaginário popular, no qual a imagem do homem calvo, com cabelos brancos e rugas significa reforço da virilidade associado a um charme atrativo, intitulando-o muitas vezes como “velho belo”, “homem grisalho”, enquanto a imagem da mulher idosa é descrita como desleixada, com atributos em decadência, frágil ou, até mesmo, associada a figuras “tenebrosas”, como bruxas e feiticeiras, é raro se ouvir considerar uma “velha bela” (MONTEIRO; ROCHA, 2017).

Nesse sentido, os estereótipos da velhice são reforçados, sobretudo quando a velhice feminina é posta frequentemente em conflito com a juventude, beleza, independência, força e saúde.

Sabe-se que com as perdas, principalmente no âmbito da saúde e da aparência física, há uma dificuldade em aceitar o envelhecimento e construir essa nova imagem corporal. Entretanto, a velhice é resultado das marcas de experiências passadas, de modo que o corpo também é um reflexo desse processo. Assim:

O tempo talha o corpo esculpindo de forma silenciosa e progressiva as marcas da existência humana. Envelhecer, para a maior parte dos ocidentais, é um movimento insensível, infinitamente lento, que configura a experiência do envelhecimento como um processo que escapa à consciência, pois nele nenhum contraste acontece. O corpo do velho é feito de muitas experiências, se entregando na vida ao demorado trabalho de luto que revela em si os sentidos da finitude. Em um processo existencial de se desfazer de si mesmo, a pessoa idosa se percebe estrangeira, como nas palavras de Simone de Beauvoir: “eu me tornei outra, apesar de permanecer eu mesma”, o que torna a velhice herdeira de uma imagem corporal que se remodela sem cessar (SOUZA et al., 2020, s.n.).

É válido notar, nesse sentido, que é necessário que a comunidade científica de Terapia Ocupacional reconheça, refine e humanize seu olhar clínico frente às demandas apresentadas nesse estudo para com a importância de se trabalhar, junto às clientes idosas, o reconhecimento desse novo corpo, advindo do envelhecimento, sobretudo suas possibilidades e capacidades. Também, a isso se soma, a facilitação que o terapeuta ocupacional pode possibilitar em resgatar e estimular a percepção de que o corpo envelhecido é dotado de experiência de vida e que, mesmo com as limitações da idade, é capaz de realizar planos e ocupações significativas.

Assim o terapeuta ocupacional, ao atuar com um corpo envelhecido, procura propor formas de reconhecimento, aceitação e preenchimento desse novo cotidiano com novos sentidos, com um olhar atravessado pelas pequenas percepções das ações cotidianas (SIEGMANN, 2006).

Os terapeutas ocupacionais compreendem os modos de funcionamento deste corpo, que são construídos pela cultura, genética, acontecimentos vividos, vínculos estabelecidos e subjetividade. A partir disso, no processo de experiências da vida, nos desconstruímos e reconstruímos, ou seja, construímos e perdemos corpo (LIBERMAN, 2007).

Dessa forma, a velhice não se define somente pelo que se perdeu, como a saúde ou mobilidade, mas também pelos ganhos gerados pelas vivências deste corpo, assim como possibilita ao corpo envelhecido, como um novo corpo, ter novas vivências e aprendizados dentro de suas subjetividades. Tal ideia é explanada nos relatos trazidos pelas participantes pelos anseios e planos de realizar sonhos e vontades, mostrando que a idade não é um impedimento para que sejam alcançados.

A partir disso, então, fala-se da atuação do terapeuta ocupacional no estímulo à execução de ocupações impedidas, também no favorecimento de grupos de con-

vivência entre idosas, nos quais elas possam trocar experiências, se fortalecerem como rede de apoio e conhecer seus direitos/deveres para além dos papéis ocupacionais que lhes foram impostos ao longo da vida. Assim, podem (re)descobrir a potência de seus corpos atuais, constituindo ocupações e cotidianos que sejam promotores de vida.

CONCLUSÃO

Portanto, essa pesquisa objetivou compreender como os processos de autoconhecimento feminino na terceira idade podem estar em conexão com ensaios/insights de historicidade e como oferecer cuidados terapêuticos ocupacionais diante das demandas desse corpo. Os objetivos propostos foram alcançados através dos resultados explanados neste estudo.

É importante ressaltar a relevância desta pesquisa para a sociedade em geral e a comunidade científica, sobretudo terapêutica ocupacional e gerontológica, dado o crescente fenômeno do processo de envelhecimento tornar-se predominantemente feminino, e isso demandar uma atenção maior para as especificidades desse público, pouco tratadas com profundidade na literatura e de maneira dissociada de fatores patológicos decorrentes da idade.

É válido lembrar que esse estudo teve limitações em consequência do contexto atual pandêmico, o que impossibilitou um maior e mais prolongado contato social e grupal, além de oferta de suporte/escuta terapêutica, bem como aprofundamentos de vivências, compartilhamento de experiências, fortalecimento de vínculos e suscitação de insights que só encontros presenciais despertariam. Todavia, é importante citar que, apesar dessas restrições, não houve prejuízos na qualidade, nos critérios adotados e no rigor científico do estudo, o que torna a pesquisa e seus achados igualmente válidos.

Logo, espera-se com essa pesquisa sensibilizar os profissionais e a comunidade em geral para as diversas realidades e vivências que cada corpo feminino na terceira idade traz de seu tempo e educação, para que seja possível, dessa forma, melhor compreender e assistí-las, fornecendo um atendimento abrangente diante de sua complexidade biopsicossocial. Do mesmo modo, é esperado que esse estudo fomente mais pesquisas voltadas ao estímulo e compreensão das ocupações diante de fatores de gênero e geração, e suas influências no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BELO I. Velhice e Mulher: Vulnerabilidades e Conquistas. **Revista Feminismos**, v.1, n.3, p.1-20, 2013.

BIOLCHI C. S. et al. Vida e velhice aos 100 anos de idade: percepções na fala dos idosos. **Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento**, v.19, n.2, p.583-598, 2015.

BRITO K. M. S. M. et al. Violência contra mulheres idosas em Manaus: do silêncio ao enfrentamento. **Textos & Contextos**, v.19, n.1, p.1-12, 2020.

CALDAS L. S. et al. Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.2, n.4, p.167-175, 2008.

CÂMARA RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais** (Univ. Fed Juiz Fora), v.6, n.2, p.179-191, 2013.

CAMPOLINA T. Machismo e a naturalização da violência psicológica. **Fórum**. 2014. Disponível em: <https://revista-forum.com.br/blogs/ativismodesofa/machismo-e-a-naturalizacao-da-violencia-psicologica/>. Acesso em: 1 dez 2020.

GALVÃO P. Cultura e Raízes da Violência Contra as Mulheres. **Dossiê Violência contra as Mulheres**. 2020. Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violenacias/cultura-e-raizes-da-violencia/>. Acesso em: 1 dez 2020.

GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4° ed. São Paulo: Atlas; 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 31 maio 2019.

LAKATOS E. M., MARCONI M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5° ed. São Paulo: Atlas; 2003.

LIBERMAN F. **Delicadas Coreografias**: instantâneos de uma Terapia Ocupacional [tese]. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica; 2007.

MADERS A. M., ANGELIN R. Os movimentos feministas e de mulheres e o conflito aos conflitos de gênero no Brasil. **Prisma Jurídico**, v.11, n.1, p.13-31, 2012.

MELO N. C. V. et al. Condições de Vida dos Idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. Viçosa, **Oikos**: Revista Brasileira de Economia Doméstica, v.25, n.1, p.4-19, 2014.

MONTEIRO Y. T., ROCHA D. E. Envelhecimento e Gênero: a feminização da velhice. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas** – UFMA; São Luís, Brasil. São Luís, MA: UFMA; 2017. p. 1-10.

MOREIRA A. M. M., CUNHA D. F. N. Entre o Amor e o Sofrer - a Violência Contra a Mulher nas Relações Afetivas do Século XXI: uma análise à luz da Sociologia Jurídica e da Psicanálise. **Revista Movimentos Sociais e Conflitos**, Salvador, v.4, n.1, p.111-131, 2018.

MOTTA A. B. As velhas também. **Revista ex aequo**, Porto, n.23, p.13-21, 2011.

OLIVEIRA F. M. A. et al. Romantização do Relacionamento Abusivo, uma Violência Silenciosa: a ineficácia da lei Maria da Penha. In: **ANAIS do IX Encontro de Pesquisa e Extensão da Faculdade Luciano Feijão**. 2016; Sobral, Brasil. Sobral, MA: Faculdade Luciano Feijão; 2016. p. 1-14.

POLTRONIERI C. F., VILIONE G. C. C. Laços Rosa de um Velho Presente: a questão de gênero no envelhecimento. In: Costa J. S., Del Masso M. C. S., Soares N., Paiva S. O. C., organizadores. **Aproximações e Ensaio Sobre a Velhice**, São Paulo: Cultura Acadêmica; 2017. p. 103-119.

RODRIGUES A. P., JUSTOS J. S. A Ressignificação da Feminilidade na Terceira Idade. **Estudos Interdisciplinares Sobre Envelhecimento**, v.14, n.2, p.169-186, 2009.

SALGADO C. D. S. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v.4, p.7-19, 2002.

SANTOS D. L. **Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS**: contribuições ao estudo dos determinantes sociais da saúde [dissertação]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

SANTOS J. A. et al. Vivências da Velhice: do significado [pessoal] às representações sociais. In: **XVIII REDOR**: Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e

Pesquisas Sobre Mulher e Relação de Gênero; Recife, Brasil. Recife, PE: REDOR; 2014. p. 688-708.

SIEGMANN C. **Pensar e Inventar-se**: Terapia Ocupacional como clínica de afectos [dissertação]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

SOUZA C. R. V. et al. Relações Abusivas: um estudo contemporâneo sobre a violência doméstica em Nossa Senhora Das Dores/Sergipe. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e sociais**, v.6, n.2, p.277-292, 2020

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA REABILITAÇÃO COGNITIVO-FUNCIONAL EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON

*Isabel Cristina Santos Rodrigues
Priscila Gomes Serfaty Guzzo
Pâmela Renata Gomes da Silva
Amanda Gabrielle do Vale Neves Machado
Alna Carolina Mendes Paranhos*

INTRODUÇÃO

Uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional. Segundo a Organização das Nações Unidas (2017), até 2050, a Ásia, a América Latina, o Caribe e a Oceania terão mais de 18% de sua população com mais de 65 anos. Segundo Alves (2019), no Brasil, o número de idosos de 60 anos ou mais era de 2,6 milhões em 1950 e passou para 29,9 milhões em 2020, podendo alcançar 72,4 milhões em 2100.

No Brasil, há dificuldades na criação de estratégias para o cuidado da população idosa, que apresenta diversas particularidades e uma elevada prevalência de doenças crônicas degenerativas. Os modelos assistenciais vigentes focam exclusivamente na doença e as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada condição, esquecendo-se que o ideal, numa doença crônica já estabelecida deveria ser a busca pela estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, impedindo

ou amenizando o declínio funcional (VERAS, OLIVEIRA, 2019; SILVA, CARVALHO, 2019).

Caracterizadas pela ausência de regeneração dos sistemas acometidos, as doenças crônicas degenerativas, desenvolvem um efeito progressivo e severo, provocando sofrimento ao idoso. A segunda doença neurodegenerativa mais prevalente em idosos é a Doença de Parkinson (DP), que atinge de 1 a 3% dessa população. No Brasil, os estudos epidemiológicos são escassos, mas estima-se que haja 200 mil idosos com essa doença (FERNANDES, FILHO, 2018; SILVA, CARVALHO, 2019).

Sabe-se que a D.P. acomete preferencialmente pessoas com idade acima de 50 anos, de ambos os sexos, considerando ainda que sua incidência e prevalência aumentam com o avançar da idade. No Brasil, estima-se que 7 para 1000 idosos com faixa etária entre 60 e 69 anos sejam acometidos pela doença. Já na população que tem entre 70 e 79 anos, a taxa de acometimento é de 15 para cada 1000 (SILVA *et al.*, 2021).

DOENÇA DE PARKINSON

ETIOPATOGENIA DA DOENÇA DE PARKINSON

A DP é uma patologia de origem neurológica degenerativa de uma região conhecida como substância negra, presente no Sistema Nervoso Central. Tem caráter crônico e progressivo e vem se tornando cada vez mais frequente devido ao aumento da expectativa de vida da população. Muitos estudos contribuíram para descobrir a sua etiopatogenia, descrevendo fatores genéticos e ambientais como risco para o desenvolvimento dessa doença (SILVA *et al.*, 2021; FERNANDES, FILHO, 2018).

A patogênese da DP atribui-se à formação de espécies reativas de oxigênio, que induzem o estresse oxidativo, o que ocasiona a morte dos neurônios dopaminérgi-

cos da parte compacta da substância negra (SNpc). Além disso, as anormalidades mitocondriais, a excitotoxicidade, os fatores inflamatórios, as neurotoxinas ambientais e os fatores genéticos também envolvem a etiologia da doença (SILVA *et al.*, 2021 FERNANDES, FILHO, 2018; HILARIO, HILARIO, 2021).

Estudos evidenciam que, na DP, a neurodegeneração da SNpc correlaciona-se com o envelhecimento e o aumento da atividade dos inibidores da Monoamino Oxidase (MAO). Esse aumento ativa determinadas vias bioquímicas, as quais facilitam a formação de espécies reativas de oxigênio (ROS) e exacerbam a metabolização da dopamina, interrompendo a cadeia respiratória (HILARIO, HILARIO, 2021).

DIAGNÓSTICO/ SINAIS E SINTOMAS

Não há teste específico que confirme a presença da DP nos pacientes. O diagnóstico é clínico e é definido em pacientes com parkinsonismo progressivo na ausência de etiologia conhecida. Os critérios clínicos utilizados para diagnóstico são a presença de bradicinesia e, pelo menos, um sintoma motor adicional (tremor, rigidez ou instabilidade postural) (CUNHA, SIQUEIRA, 2020; SOUZA, VIEIRA, 2021).

Além dos sintomas clínicos motores, há a presença de sintomas não motores, como a hiposmia, os distúrbios do sono e a constipação intestinal, que podem marcar o início do curso da DP, identificados ainda na fase inicial, antes mesmo do início das manifestações motoras. Há estudos que, na tentativa de identificar a DP em estágios iniciais, utilizam biomarcadores, os quais são medidores que indicam um processo biológico diante de uma interação, para, assim, proporcionar um manejo capaz de melhorar a qualidade de vida do indivíduo (SOUZA, VIEIRA, 2021).

A partir de cada área acometida pela doença, surgem as manifestações clínicas. As primeiras manifestações da DP são observadas diante um declínio no desempenho motor. O tremor é considerado um sinal inicial da doença em cerca de metade dos pacientes. Ele apresenta o início nas extremidades distais do corpo, sendo observado em condições de repouso. São manifestações iniciais também a rigidez, a bradicinesia e a instabilidade (SILVA *et al.*, 2021).

Ademais, o aparecimento desses sintomas está diretamente relacionado com a manifestação da Síndrome Rígido Acinética, a qual está associada mais especificamente à presença do tremor e à instabilidade postural. Isso ocorre quando há depleção de dopamina na porção compacta da substância negra, com perdas neuronais acima de 60% (SILVA *et al.*, 2021; FERNANDES, FILHO, 2018).

O tremor parkinsoniano está presente em cerca de 80% das pessoas diagnosticadas. Esse tremor é mais perceptível quando a parte trêmula do corpo é sustentada contra a gravidade, não envolvendo atividades intencionais. Na caminhada parkinsoniana, os padrões de atividade muscular da marcha são alterados, devido à baixa ativação do gastrocnêmio medial. Esse padrão é acentuado em pacientes com freezing, os quais demonstram uma perda de adaptação da atividade muscular com a variação da velocidade de locomoção (SILVA *et al.*, 2021; MONTEIRO *et al.*, 2017).

Além dos sintomas motores, a DP apresenta sintomas não motores, como as manifestações neuropsiquiátricas, as quais incluem os transtornos do humor como depressão, apatia e ansiedade; os distúrbios cognitivos, como déficit de atenção; disfunção visuo-espacial, bem como confusão, demência e psicose com ilusões, alucinações e delírio (Pérez *et al.*, 2017 *apud* DA SILVA, 2020).

Além desses sintomas, abarcam-se sintomas relacionados ao sono como a insônia; os sintomas autonômicos como disfunção cardiovascular, gastrointestinal, urogenital e termorregulatório; o sensorial como hiposmia, ageusia e diferentes variantes de dor, além de outros sintomas como fadiga, diplopia, visão turva, seborréia, bem como perda ou ganho de peso (Pérez *et al.*, 2017 *apud* DA SILVA *et al.*, 2020).

Com o avançar temporal da DP, há o aparecimento da impotência sexual, disfunção vesical, disfagia, sialorréia, intolerância ao calor, sudorese excessiva, hipotensão ortostática, dispnéia, constipação intestinal, alterações pupilares, alterações da termorregulação e da temperatura cutânea (BRANDÃO, ARAÚJO, COIMBRA, 2015 *apud* DA SILVA *et al.*, 2020).

TRATAMENTO

Até o momento, não há prevenção ou cura para a doença. As abordagens terapêuticas existentes que são as farmacológicas, cirúrgicas e não farmacológicas, visam diminuir os sintomas motores e não motores, objetivando manter o máximo de autonomia e de independência funcional, proporcionando, assim, retardo da progressão da doença uma melhor qualidade de vida (CUNHA, SIQUEIRA, 2020).

Um dos fármacos mais utilizados no tratamento da DP é a levodopa, o qual revolucionou o tratamento no final da década de 60, em que as pessoas severamente comprometidas recuperaram a mobilidade. O mesmo atua nas células do sistema nervoso central e, por ação da enzima dopa descarboxilase, é convertido em dopamina (DOS SANTOS *et al.*, 2018).

Há outros medicamentos utilizados no tratamento da DP, sendo eles: os anticolinérgicos, a amantadina e os agonistas dopaminérgicos (DA). Os anticolinérgicos são ra-

zoavelmente eficazes sobre o tremor e a rigidez muscular. Há evidências que a amantadina aumenta a liberação de dopamina para a fenda sináptica. Os DA atuam nos receptores da dopamina, não necessitando passar por uma metabolização no neurônio pré-sináptico (DOS SANTOS *et al.*, 2018).

Além do tratamento farmacológico, há o tratamento cirúrgico, que tem como propósito estabelecer um novo equilíbrio funcional dentro dos núcleos da base por meio de diversas técnicas envolvendo Neurocirurgia e Neurorradiologia. Este também controla efeitos adversos das medicações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (CUNHA, SIQUEIRA, 2020).

O tratamento neurocirúrgico é considerado quando a terapia medicamentosa é ineficaz ou não tolerada ou gera adversidades. Além disso, é necessário que as condições físicas, incluindo a pressão arterial, o estado metabólico e condições de coagulação estejam normalizadas. O paciente ideal é aquele que apresentou durante anos uma boa resposta medicamentosa, porém passou a desenvolver complicações decorrentes do tratamento, como as discinesias que não podem ser controladas clinicamente. (CUNHA, SIQUEIRA, 2020).

Segundo Da Silva *et al.* (2020), constatou-se que a realização de atividade física no tratamento estabelece novas conexões neurais, promovendo a plasticidade neural, a melhora significativa no planejamento motor e a estimulação da produção de dopamina, o que corrobora para melhoria das funções cognitivas, psicológicas, motoras e, conseqüentemente, a qualidade de vida desses indivíduos.

Portanto, no contexto da complexidade dessa doença e de suas várias implicações, Silva e Carvalho (2019) destacam a importância do seu manejo por uma equipe multidisciplinar, visando atender as necessidades específicas vivenciadas pelos indivíduos acometidos e outras

questões inerentes ao próprio envelhecimento, entre as quais, destaca-se a prevalência de comorbidades, o que exige a atenção de diferentes profissionais.

O Terapeuta Ocupacional é um integrante fundamental dessa equipe e, segundo Silva e Carvalho (2019) suas intervenções baseiam-se em atenuar os efeitos da doença sobre a vida funcional e/ou psicossocial desses indivíduos, focalizando no impacto sobre as Atividades da Vida Diária (AVD), com o objetivo de prevenir e reduzir perdas funcionais e quadros de dependência, a partir do uso de dispositivos tecnológicos, mudanças ambientais e técnicas adaptadas.

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON

A Terapia Ocupacional enfatiza a ocupação, a qual é afetada de forma significativa pela DP. Ao centrar-se nesse domínio, obtém-se melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes. A ocupação compreende as áreas física, psicológica, social e espiritual do paciente (SILVA, CARVALHO, 2019).

Essa profissão da área da saúde objetiva tratar e prevenir alterações cognitiva/emocional, motora, social e de desenvolvimento, sejam adquiridas ou genéticas, que apresentem mudanças em suas funções praxicas. Atua nas áreas físicas, de saúde mental, neurológicas, saúde do trabalhador, saúde da família e demonstra sua eficácia em intervenções na área da reabilitação (MISUTA, RODRIGUES, SANT'ANNA, 2011).

O Terapeuta Ocupacional é um dos profissionais capacitados na área de estimulação cognitiva de pacientes com Doença de Parkinson. O mesmo faz o uso terapêutico de atividades diárias (ocupações), a fim de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos ambientes como casa, escola, local de trabalho, comunidade e outros lugares (SILVA *et al.*, 2021).

De acordo com Silva e Carvalho (2019), esse profissional realiza suas intervenções com pacientes com DP por meio de três categorias, que são: exercício ou atividade física (treinamento de resistência progressiva, mobilização articular, treinamento de estabilidade e equilíbrio e treinamento de marcha); autogestão e estratégias cognitivo-comportamentais (intervenções individualizadas focadas na promoção de iniciativas de bem-estar e controle pessoal, ajudando os participantes a melhorar a qualidade de vida), além de pistas, estímulos e objetos para favorecer as tarefas e o desempenho ocupacional.

Objetiva-se prevenir e reduzir perdas funcionais e quadros de dependência, utilizando-se de dispositivos tecnológicos, técnicas adaptadas e mudanças ambientais. Nas suas intervenções, inserem-se exercícios de coordenação motora, estimulação cognitiva, técnicas de relaxamento e respiração, atividades compensatórias e adaptações ambientais, assim como intervenções voltadas para capacidades remanescentes (SILVA, CARVALHO, 2019).

A intervenção terapêutica ocupacional em idosos com D.P. inclui auxiliar a reorganização da rotina, visando as atividades consideradas mais significativas para o idoso; a estimulação de exercícios grupais para incentivar a socialização; o treino de controle motor fino e global; atividades que favoreçam a estabilidade postural e, ainda, a indicação de equipamentos de segurança. Essas ações sempre são desenvolvidas de acordo com a fase da doença e com os desejos do paciente (SILVA, CARVALHO, 2019).

INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS

No processo de intervenção da Terapia Ocupacional, a avaliação é de extrema importância para a elaboração do plano de tratamento. Por se tratar de uma doença multissistêmica, o processo de avaliação do paciente com

DP é multiprofissional e multidimensional envolvendo aspectos físicos, cognitivos e emocionais.

A seguir serão descritos três instrumentos considerados padrão ouro na avaliação desta população, que são: Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA), Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) e Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)

MoCA

A Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) é um teste de rastreio cognitivo que pode ser utilizado por Terapeutas Ocupacionais sensíveis na detecção de Comprometimento Cognitivo Leve.

O MoCA é dividido em 7 domínios: visuo/executivo (5 pontos); nomeação (3 pontos); memória (5 pontos); atenção (6 pontos); linguagem (3 pontos); cálculos matemáticos (2 pontos); e orientação (6 pontos). Um ponto é acrescentado se o indivíduo tiver mais ou menos 12 anos de estudo. O tempo de aplicação média é de 10 minutos. (HOOPS *et al.*, 2009; AMATNEEKS, HAMDAN, 2019)

Ele vem sendo considerado um instrumento de maior eficácia, e mostra-se mais confiável do que o Mini Exame do Estado Mental para o rastreio de comprometimento cognitivo em diversas patologias que envolvem prejuízos em estruturas subcorticais do sistema nervoso, como a doença de Parkinson e a Diabetes Mellitus.

Uma pesquisa revelou sobre o desempenho do MoCA em pacientes com DP e constatou que 52% das pessoas em estudo apresentaram comprometimento cognitivo usando esse ponto de corte (HOOPS *et al.*, 2009).

UPDRS

A Escala Unificada de Classificação da Doença de Parkinson (UPDRS) é a escala de monitoramento dos sinais e sintomas da DP mais utilizada mundialmente (GOETZ, *et al.*, 2008).

O UPDRS é subdividido em quatro partes, a saber: Parte I, monitora Aspectos Não Motores da Vida Diária (nM-EVD); Parte II, monitora Aspectos Motores da Diária (M-EVD); e Parte III, que consiste na avaliação motora e Parte IV, que avalia possíveis complicações motoras (discinesias e flutuações motoras) (GOETZ, *et al.*, 2008).

O tempo médio para a aplicação de toda a escala é de cerca de 30 min, sendo 10 minutos para os itens de entrevista da Parte I, 10 minutos para os itens de entrevista da Parte II, 15 min para a Parte III e 5 min para a Parte IV. (GOETZ, *et al.*, 2008).

Cada item pode ser pontuado em uma escala de 0 a 4 pontos, sendo considerado 0 = Normal, 1 = Discreto, 2 = Ligeiro, 3 = Moderado e 4 = Grave. Quanto maior o escore total maior a severidade da doença.

Imagem 2 - Escore do UPDRS.

Patient Name or Subject ID	Site ID	(mm-dd-yyyy) Assessment Date	Investigator's Initials
----------------------------	---------	---------------------------------	-------------------------

MDS UPDRS Score Sheet

1A	Source of information	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Patient + Caregiver		3.3b	Rigidity- RUE	
				3.3c	Rigidity- LUE	
Part I				3.3d	Rigidity- RLE	
1.1	Cognitive impairment			3.3e	Rigidity- LLE	
1.2	Hallucinations and psychosis			3.4a	Finger tapping- Right hand	
1.3	Depressed mood			3.4b	Finger tapping- Left hand	
1.4	Anxious mood			3.5a	Hand movements- Right hand	
1.5	Apathy			3.5b	Hand movements- Left hand	
1.6	Features of DOS			3.6a	Pronation- supination movements- Right hand	
1.6a	Who is filling out questionnaire	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Patient + Caregiver		3.6b	Pronation- supination movements- Left hand	
1.7	Sleep problems			3.7a	Toe tapping- Right foot	
1.8	Daytime sleepiness			3.7b	Toe tapping- Left foot	
1.9	Pain and other sensations			3.8a	Leg agility- Right leg	
1.10	Urinary problems			3.8b	Leg agility- Left leg	
1.11	Constipation problems			3.9	Arising from chair	
1.12	Light headedness on standing			3.10	Gait	
1.13	Fatigue			3.11	Freezing of gait	
Part II				3.12	Postural stability	
2.1	Speech			3.13	Posture	
2.2	Saliva and drooling			3.14	Global spontaneity of movement	
2.3	Chewing and swallowing			3.15a	Postural tremor- Right hand	
2.4	Eating tasks			3.15b	Postural tremor- Left hand	
2.5	Dressing			3.16a	Kinetic tremor- Right hand	
2.6	Hygiene			3.16b	Kinetic tremor- Left hand	
2.7	Handwriting			3.17a	Rest tremor amplitude- RUE	
2.8	Doing hobbies and other activities			3.17b	Rest tremor amplitude- LUE	
2.9	Turning in bed			3.17c	Rest tremor amplitude- RLE	
2.10	Tremor			3.17d	Rest tremor amplitude- LLE	
2.11	Getting out of bed			3.17e	Rest tremor amplitude- Lip/Jaw	
2.12	Walking and balance			3.18	Constancy of rest	
2.13	Freezing				Were dyskinesias present	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3a	Is the patient on medication?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			Did these movements interfere with ratings?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
3b	Patient's clinical state	<input type="checkbox"/> Off <input type="checkbox"/> On			Hofehn and Yahr Stage	
3c	Is the patient on Levodopa?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		Part IV		
3.C1	If yes, minutes since last dose:			4.1	Time spent with dyskinesias	
Part III				4.2	Functional impact of dyskinesias	
3.1	Speech			4.3	Time spent in the OFF state	
3.2	Facial expression			4.4	Functional impact of fluctuations	
3.3a	Rigidity- Neck			4.5	Complexity of motor fluctuations	
				4.6	Painful OFF-state dystonia	

Fonte: <https://movementdisorders.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.22340>

COPM

O protocolo de avaliação Canadian Occupational Performance Measure (COPM) consiste em um teste padronizado, pois requer métodos para administração e pontuação.

A data de sua primeira versão foi em 1991, já tendo sido traduzida até o ano de 2005 para 24 idiomas diferentes e utilizada por Terapeutas Ocupacionais em mais de 35 países do mundo todo. Nos últimos anos tem aumentado o número de publicações que utilizam a COPM. (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, como também é conhecida após tradução, é realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada e, por esse motivo, possibilita aos indivíduos identificarem qualquer atividade significativa que consideram de difícil execução em um contexto de adoecimento.

Foi construída para ser utilizada por profissionais de Terapia Ocupacional, tendo como finalidade mensurar mudanças na percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional ao longo do tempo, assim como também as mudanças em sua satisfação com esse desempenho (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

A avaliação centra-se em necessidades e problemas dos clientes de forma individual e não é específica para determinada condição de saúde, sendo utilizada para estabelecer objetivos, planejar o tratamento e mensurar o progresso do cliente. A COPM é baseada no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, que incorpora os princípios da Prática Centrada no Cliente (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

Pode ser aplicada em todas as fases do tratamento: na definição das prioridades, na seleção de estratégias para a intervenção e na documentação de mudanças re-

sultantes do tratamento. Evidências demonstram que a prática centrada no cliente está associada à maior satisfação do cliente e adesão aos serviços de saúde, comparada com outros modelos de prática (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

Pesquisas revelam que, quando a escolha do cliente e avaliação própria são introduzidas ao tratamento, há aumento da motivação e participação do mesmo, levando-os a favorecer sua recuperação funcional. Por meio da COPM, o cliente decide escolher as atividades significativas que precisa e deseja realizar, mas que não tem conseguido ou não está satisfeito com seu desempenho. Essas atividades podem se enquadrar em qualquer uma das áreas de desempenho, autocuidado, trabalho e lazer (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

O cliente atribui a cada atividade uma importância, que esteja entre 1 (não é importante de nenhuma forma) a 10 (extremamente importante). A partir desse momento, o paciente seleciona no máximo 5 atividades para as quais atribui maior importância, e dá a cada uma delas uma pontuação, também numa escala de 1 a 10, em relação ao desempenho nessas atividades e à satisfação com o desempenho (1- não satisfeito de forma nenhuma e 10- extremamente satisfeito) (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010)

Unindo-se todos os escores de desempenho e de satisfação, obtém-se pontuações totais que futuramente poderão ser comparadas com os resultados de reavaliações para mensuração da evolução do tratamento. Uma mudança na pontuação de 2 pontos ou mais é considerada pelos autores da medida como clinicamente significativa (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

A realização da avaliação envolve um tempo total de em média 30-45 minutos. A COPM é uma medida válida e confiável, sendo utilizada de forma bem sucedida com diversos grupos de pacientes, em diferentes idades. Os estudos

atestam a versatilidade internacional e a aplicabilidade cultural da COPM, mesmo tendo ela sido desenvolvida em contexto cultural canadense (BASTOS, MANCINI, PYLÓ, 2010).

Imagem 3 - COPM.

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Lee, Sue Baptiste, Anne Carroll, Mary Ann McCall, Valerie Polyzogis, Nancy Pollock²

Nome do cliente: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Endereço: _____ Registro nº: _____
 (para fins de contato)

Tempo de: _____ Data de avaliação: _____
 Clínica/Hospital: _____ Programa: _____ Data prevista para reavaliação: _____
 Data de reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL
 Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entenda o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia que se refere às atividades problemáticas, de autoatualização e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que gostaria de realizar ou que é importante que se realize, em ocupação e a ponto num dos eixos. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades afetam ou são difíceis de realizar, de forma substancial. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA
 Usando as cartas de pontuação, peça ao cliente que classifique, numo escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

PASSO 3: RESULTADOS – ANÁLISE FUNCIONAL
 Calcule as pontuações funcionais em cada eixo de pontuação. Baseie-se apenas no eixo de pontuação que você escolheu para a avaliação. A pontuação é a soma de todos os pontos de 1 a 10, multiplicada por dois para obter a pontuação final.

PASSO 4: RESUMÃO
 Os dados de tempo gasto para realizar a tarefa, o nível de dificuldade e o momento da avaliação, se aplicável, são os dados de 1 a 10.

	Atividade 1		Atividade 2	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Atividade de Desempenho e Satisfação	Pontuação de Desempenho 1	Pontuação de Satisfação 1	Pontuação de Desempenho 2	Pontuação de Satisfação 2
Para as atividades de Desempenho e de Satisfação: Pontuação Total = _____ / _____ = _____ / _____ = _____	_____ / _____ = _____	_____ / _____ = _____	_____ / _____ = _____	_____ / _____ = _____

PASSO 5: COMPARAÇÃO DO CONTEXTO ATUAL
 Calcule as médias e submetais e compare-as com as médias e submetais normativas.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 _____ - Pontuação do Desempenho 1 _____ = _____

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 _____ - Pontuação da Satisfação 1 _____ = _____

ANEXOS A01, A02, A03, A04, A05, A06, A07, A08, A09, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30, A31, A32, A33, A34, A35, A36, A37, A38, A39, A40, A41, A42, A43, A44, A45, A46, A47, A48, A49, A50, A51, A52, A53, A54, A55, A56, A57, A58, A59, A60, A61, A62, A63, A64, A65, A66, A67, A68, A69, A70, A71, A72, A73, A74, A75, A76, A77, A78, A79, A80, A81, A82, A83, A84, A85, A86, A87, A88, A89, A90, A91, A92, A93, A94, A95, A96, A97, A98, A99, A100

Fonte: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4946901/mod_resource/content/1/COPM-Brasil%202009.pdf

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este tópico se destina a relatar as experiências das intervenções da equipe de Terapia Ocupacional no Núcleo de Apoio ao Idoso (NAI) vinculado a um projeto de extensão interdisciplinar e institucionalizado pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

O NAI-UEPA tem como objetivo desenvolver ações que promovam, previnam e restauram a saúde do idoso. Todos os atendimentos ocorrem a nível ambulatorial e os usuários atendidos pertencem a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). O cadastro é realizado a partir de demanda espontânea e sua cobertura abrange toda a área metropolitana do município de Belém.

Após cadastro, os usuários são chamados seguindo a lista de espera para uma avaliação multidimensional para levantamento das principais demandas, estabelecimento da linha de cuidado e plano terapêutico. Atualmente, a equipe do NAI é composta por profissionais das áreas de Geriatria, Neurologia, Otorrinolaringologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia e Assistência Social.

Ressalta-se ainda que o NAI possibilita aos acadêmicos integrantes não só a vivência da prática profissional com idosos em equipe multiprofissional, mas também contempla ações de ensino e pesquisa, por meio de grupos de estudos, reuniões clínicas, apresentação em congressos e condução de projetos de pesquisas de graduação.

Este relato abrange, especificamente, ações da Terapia Ocupacional com idosos assistidos pelo NAI com diagnóstico de Doença de Parkinson (DP), o subprograma NAI-Parkinson. As ações aqui relatadas se referem ao período de agosto a dezembro de 2021, ou seja, durante a pandemia de COVID-19.

Neste período foram acompanhados 10 idosos com DP. Os atendimentos eram conduzidos por estagiários de Terapia Ocupacional sob supervisão de três terapeutas ocupacionais do quadro efetivo da UEPA e integrantes do NAI. As sessões de TO ocorreram nas dependências da Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), localizada em um campus da ca-

pital. Atualmente, a UEAFTO além de ser um ambulatório escola para os cursos Fisioterapia e Terapia Ocupacional, também é cadastrada como Centro Especializado em Reabilitação do tipo III (CERIII).

Todos os pacientes eram atendidos com uma frequência de duas vezes na semana, em horários matutinos ou vespertinos, com duração de até uma hora por sessão. Devido às restrições sanitárias por conta da pandemia de COVID-19, não foram realizados atendimentos em grupos, como ocorria em anos anteriores, e as demandas psicocemocionais que eram melhor trabalhadas em sessões grupais foram, dentro do possível e dos limites da profissão, acolhidas por meio de escuta terapêutica nos atendimentos individuais.

Os planos terapêuticos individuais eram elaborados a partir dos resultados dos protocolos de avaliação descritos anteriormente: (1) MoCA, para rastreamento cognitivo; (2) UPDRS para monitoramento dos sinais e sintomas da DP e (3) COPM para avaliação do desempenho ocupacional e estabelecimento de metas terapêuticas.

De modo geral, os objetivos traçados a curto prazo foram o controle dos sintomas da doença e a promoção de ganhos no desempenho ocupacional nas áreas de desempenho prioritárias listados pelos e sua família. Por exemplo, se a queixa envolvia o ato de alimentar-se sozinho, a equipe de Terapia Ocupacional tinha o desafio de selecionar estratégias para o alcance desse objetivo, seja por meio de atividades funcionais, orientações posturais, prescrição de tecnologia assistiva ou melhora da função/componente de desempenho específico, como coordenação e motricidade fina.

A médio e longo prazo enfatizou-se a manutenção e envolvimento em ocupações significativas e participação social, na busca por favorecer melhor qualidade de vida dos pacientes, mesmo com o agravamento da doença.

Em consonância com os objetivos, Almeida, Spínola e Lancman (2009) afirmam que o Terapeuta Ocupacional deverá adotar como premissa, tanto em programas com enfoque preventivo, recuperativo ou adaptativo, o reforço das capacidades advindas do idoso, de modo a facilitar o processo seja ele qual for. A escolha das atividades a serem desenvolvidas depende das características únicas do idoso, como humor, reserva cognitiva, escolaridade, potencial, dificuldade e preferências do paciente.

Um outro foco constante das práticas terapêuticas ocupacionais eram os cuidadores desses idosos, composto majoritariamente por familiares, ou seja, cuidadores do tipo informal. Para este público eram priorizadas ações de escuta e orientações quanto às possibilidades de promoção de maior independência e autonomia dos idosos com DP em seu ambiente domiciliar e na comunidade, e consequentemente diminuir a sobrecarga dos mesmos. Ressalta-se também, que a criação de vínculo com os familiares dos pacientes atendidos foi uma estratégia fundamental para facilitar a adesão e engajamento no tratamento.

Devido a algumas especificidades do quadro clínico da DP algumas abordagens e técnicas foram mais utilizadas, a exemplo das técnicas de relaxamento e alongamentos de Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII) para controle da rigidez muscular e circuitos psicomotores para controle da instabilidade postural e melhora do equilíbrio, além de atividades que favorecessem a amplitude de movimento, coordenação motora global e motricidade fina. O treino e prescrição de tecnologia assistiva para as AVDs, mudanças no ambiente domiciliar e prescrição de dispositivos de marcha para prevenção de quedas foram outras técnicas bastante utilizadas e focadas nos aspectos motores da doença.

Além disso, aspectos não motores como o comprometimento cognitivo associado à doença de Parkinson, que

impacta significativamente no desempenho e qualidade de vida dos pacientes, foi outra demanda recorrente durante as práticas do projeto, para os quais foram utilizadas técnicas de estimulação e treino cognitivo. As principais perdas cognitivas na doença de Parkinson estão associadas ao raciocínio lento, redução da função de atenção e concentração, diminuição da função executiva e comprometimento da memória.

Nesse contexto, Lopes (2020) aponta que as dinâmicas de estimulação cognitiva têm características lúdicas, objetivando a estimulação de funções cognitivas; e a partir do binômio educação-saúde, busca-se ainda a socialização do paciente. Ribeiro et al (2020), destacam ainda que o treino cognitivo contribui para o engajamento e a procura ativa de exercícios mentais, necessários para aumentar a reserva cognitiva e, assim, promover o envelhecimento cognitivo saudável.

O Terapeuta Ocupacional poderá intervir para abordar a relação entre processos deficitários, preservados e estratégias compensatórias em pacientes com prejuízos cognitivos leves e moderados, pois estes ainda possuem, em geral, alguma capacidade de aprendizagem e podem se beneficiar de estratégias para compensar a perda das habilidades (LINS, DE CARVALHO, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que com a realização dos atendimentos do projeto de extensão do NAI que as ações do Terapeuta Ocupacional foram fundamentais para o progresso do tratamento do idoso com DP e melhora na sua funcionalidade e qualidade de vida.

O envolvimento da família no processo terapêutico foi de extrema importância, pois favorece mais autonomia ao paciente, contribuindo para o seu processo de reabilitação. Proporcionou-se ainda que eles enten-

dessem o significado e a importância da realização dessas atividades planejadas, a fim de haver maior engajamento no tratamento e, conseqüentemente, melhora no seu quadro global.

Além disso, notou-se que os aspectos cognitivos como atenção, concentração e memória sofrem alterações contínuas com o processo de envelhecimento e com o declínio patológico, afetando diretamente o desempenho de atividades cotidianas. Logo, há necessidade de monitorar a evolução dos pacientes e os resultados de intervenção, pois as habilidades cognitivas desempenham um papel importante no planejamento e execução dessas tarefas e na qualidade de vida desses indivíduos.

Nesse contexto, o Terapeuta Ocupacional avalia o Desempenho Ocupacional, Habilidades e Desabilidades Cognitivas, Nível De Consciência e Habilidade de Funcionalidade Executiva destes idosos.

Portanto, o uso de instrumentos de avaliação de rastreamento cognitivo é parte fundamental do plano de intervenção para identificar o declínio cognitivo e selecionar as atividades de estimulação cognitiva. É importante que as avaliações monitorem as alterações funcionais em todas as fases da doença e ao mesmo tempo sejam particularmente sensíveis à intervenção terapêutica ocupacional.

Ressalta-se, portanto, a importância da Terapia Ocupacional no contexto da reabilitação cognitivo-funcional, em contribuir para a redução dos sintomas motores e não motores da doença de Parkinson e seus impactos nas atividades diárias, melhorando a independência e a autonomia dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Helena Morgani; SPINOLA, Aracy Witt de Pinho; LACMAN, Selma. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2009.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. **Revista Longevidade**, v.1, n.3, p. 5-9, 2019.

ALMEIDA BASTOS, Simone Costa; MANCINI, Marisa Cotta; PYLÓ, Rúbia Marques. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 104-110, 2010.

BRANCO, Lorena Costa et al. Efeitos da prática baseada em ocupações sobre o desempenho ocupacional e a função motora de sobreviventes de AVE. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 5, n. 3, p. 306-319, 2021.

CRUZ, Johnatan Wesley Araujo et al. Investigação da qualidade de vida em indivíduos com doenças neurodegenerativas no interior sergipano. **RECISATEC-REVISTA CIENTÍFICA SAÚDE E TECNOLOGIA**. v. 1, n. 2, p.1-10, 2021.

CUNHA, Jamila Maciel; SIQUEIRA, Emílio Conceição. O papel da neurocirurgia na doença de Parkinson: revisão de literatura. **Rev. Med. São Paulo**. v.99, n.1, p. 66-75, 2020.

AMATNEEKS, Thaís Malucelli; HAMDAN, Amer Cavaleiro. Montreal Cognitive Assessment para avaliação cognitiva na doença renal crônica: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 41, p. 112-123, 2019.

DA SILVA, Noelma Gustava Marques et al. Doença de Parkinson: os principais danos provocados no indivíduo. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, p. 1-13, 2020.

DOS SANTOS, Daiane Melo et al. Tratamentos farmacológicos e fisioterapêuticos na melhora da qualidade de vida dos pacientes com doença de Parkinson. **Revista Faipe**. v. 8, n. 1, p. 60-71, 2018.

FERNANDES, Itana; FILHO, Antônio de Souza Andrade. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Parkinson em Salvador-Bahia. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.22, n. 1, p. 45-59, 2018.

GOETZ, Christopher G. et al. MovementDisorderSociety-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scalepresentationandclinimetrictestingresults. **Movementdisorders: official journal of the Movement Disorder Society**, v. 23, n. 15, p. 2129-2170, 2008.

HILARIO, Livia de Moraes Silveira; HILARIO, Willyan Franco. Descrição da patologia, etiologia e das estratégias farmacológicas e não farmacológicas da Doença de Parkinson. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**. v. 7, n. 2, p. 45-51, 24 dez. 2021.

HOOPS, S. et al. ValidityoftheMoCAand MMSE in the detectionof MCI anddementia in Parkinson disease. **Neurology**, v. 73, n. 21, p. 1738-1745, 2009.

LINS, Vanessa Silva; DE CARVALHO, Marcia Queiroz Gomes. Terapia Ocupacional no cuidado ao idoso com demência: uma revisão integrativa. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 3, n. 1, p. 117-132, 2019.

MISUTA, Ana Júlia; RODRIGUES, Ana Amélia Cardoso; SANT'ANNA, Maria Madalena Moraes. UTILIZAÇÃO DA MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM): UMA REVISÃO DE LITERATURA. In: **Anais do VII Encontro Da Associação Brasileira De Pesquisadores em Educação Especial**. Londrina, Pg. 1613-1623, 2011.

MONTEIRO, Elren Passos et al. Aspectos biomecânicos da locomoção de pessoas com doença de Parkinson: revisão narrativa. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 39, n. 4 p. 450-457, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável**. 2017.

PEREIRA, Juliana Ansaloni Chagas; GAIAD, Thaís Peixoto; SANTOS, Ana Paula. Efeito do treinamento em circuito orientado para tarefa sobre o desempenho motor e a qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson: um estudo de casos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 329-335, 2016.

RIBEIRO, Isadora Bizinelli et al. Treino de funções executivas com idosos sem déficit cognitivo: uma intervenção da Terapia Ocupacional. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 1, p 143-160, 2020.

SILVA, Ana Beatriz Gomes et al. Doença de Parkinson: revisão de literatura. **BrazilianJournalofDevelopment**, v. 7, n. 5, p. 47677-47698, 2021.

SILVA, Thaianne Pereira; CARVALHO, Claudia ReinosoAraujo. Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 27, n.

2 p. 331-344, 2019.

SOUZA, Robson Arruda; VIEIRA, Ivan Victor Torres; DA SILVA, Jairo Pereira. Biomarcadores clínicos de sintomas não motores na doença de Parkinson. **Revista Neurociências**, v. 29, 2021.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n.6, p.1929-1936, 2018.

**O USO DA COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA
E ALTERNATIVA JUNTO A CRIANÇAS QUE
APRESENTAM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: CONTRIBUIÇÕES TERAPÊUTICAS
OCUPACIONAIS**

*André Maia Pantoja
Geovana Duarte de Sousa
Luana Siqueira Marques
Luzimara Vieira Rodrigues
Tamara Iglesias De Barros*

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, o transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por diferentes graus de comprometimentos na interação social e na comunicação, além de interesses restritos e comportamentos repetitivos. O nível de funcionamento intelectual de indivíduos com TEA também é variado, estendendo-se de comprometimentos profundos até níveis superiores (BRASIL, 2017).

Na maioria dos casos, essas características são aparentes durante os primeiros cinco anos de vida e tendem a prejudicar ou limitar o funcionamento diário do sujeito (BRASIL, 2017).

Além desses fatores, é comum que indivíduos com TEA apresentem outras condições concomitantes, como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), epilepsia, depressão e ansiedade (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que o TEA é considerado como um transtorno de causas desconhecidas e diversas condições particulares, sendo o déficit de comunicação uma das mais notórias, gerando impacto em diferentes aspectos da vida social (SILVA, 2020).

Segundo Silva (2020, p. 185): “A comunicação efetiva exige a transmissão de uma informação, a recepção da informação, a assimilação, a compreensão e a resposta de quem a ouviu.” Já que o TEA expressa déficits severos na linguagem, na recíproca socioemocional, na percepção e interpretação de sinais e intenções sociais (ROSA; SILVA; AYMONE, 2018), a comunicação não funcional torna-se um fundamental aspecto do transtorno, trazendo, assim, prejuízos ao convívio social (SILVA, 2020).

Estes prejuízos comunicativos, apresentam-se na linguagem verbal e não verbal e são manifestados principalmente através da repetição de frases ou palavras, a ecolalia, (geralmente a última sentença ouvida), incorreções na colocação pronominal (refere a si mesmo na terceira pessoa), bem como erros na utilização de adjetivos e verbos (SILVA, 2020).

Vale destacar que crianças com TEA demonstram adversidades ao se expressarem através da linguagem tanto verbal quanto não-verbal, assim é imprescindível buscar mecanismos que contribuem a linguagem, estabelecer a comunicação e promover a socialização e inclusão, dentre esses mecanismos há a Comunicação Alternativa e Aumentativa - CAA (JULIÃO; MELO; ENETÉRIO, 2020; SILVA, 2020).

Nesse sentido, a Tecnologia Assistiva (TA) disponibiliza diversos recursos, estratégias, serviços e técnicas que visam exclusivamente a diminuição de danos, a inclusão social, além da minimização de incapacidades para a promoção de uma melhor qualidade de vida, destacando-se os que estão voltados para o desdobramento de ha-

bilidades referentes a comunicação (LIMA; CERQUEIRA; PIMENTEL, n/d).

A CAA é um dos recursos utilizados pela TA visando-se alcançar uma maior funcionalidade e acessibilidade a pessoas que apresentem defasagem comunicativa, sem escrita funcional ou até mesmo sem o desenvolvimento da fala e linguagem (LIMA; CERQUEIRA; PIMENTEL, n/d).

Segundo American... (2009, apud MANZINI; ASSIS; MARTINEZ, 2013), comprometimentos presentes na comunicação acarretam dificuldades na realização de muitas atividades de um indivíduo no que concerne às áreas de desempenho ocupacional, como brincar, educação, trabalho e participação social.

Sabendo-se que dificuldades na comunicação corroboram para o surgimento de dificuldades na interação da pessoa com o ambiente, interferem na troca de informações com outras pessoas e prejudicam sua relação com seu entorno; sendo a função do terapeuta ocupacional reinserir o indivíduo a fim de promover ocupações nos variados contextos de vida (AMERICAN... 2009, apud MANZINI; ASSIS; MARTINEZ, 2013).

Deste modo, a CAA apresenta-se como um recurso bastante utilizado por profissionais terapeutas ocupacionais a fim de desenvolver e otimizar o processo de comunicação com indivíduos que apresentam graves disfunções comunicativas, tanto orais quanto escritas; possibilitando a essas pessoas uma participação de maneira satisfatória em diversos contextos, pois as auxilia a expressar um bom desempenho ocupacional (MANZINI; ASSIS; MARTINEZ, 2013).

Nesta perspectiva, o objeto em estudo apresenta as seguintes questões norteadoras: Quais as dificuldades de comunicação mais significativas apresentadas pela criança com TEA? De que maneira a CAA pode ser aplicada em crianças com TEA? A atuação terapêutica ocupacional e a aplicação da CAA beneficiam evolutivamente a criança que apresenta TEA?

Assim, o presente estudo apresenta como objetivo geral analisar a atuação terapêutica ocupacional na aplicação de CAA com crianças que apresentam TEA. Especificamente, pretende-se com este estudo: identificar as dificuldades na comunicação apresentadas por crianças com TEA; caracterizar os aspectos gerais da CAA; descrever os benefícios da atuação terapêutica ocupacional na aplicação da CAA junto a crianças que apresentam TEA.

O estudo apresenta um artigo de revisão bibliográfica narrativa com abordagem qualitativa, desenvolvida a partir de pesquisas nos sites oficiais do *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, *AMERICAN SPEECH- LANGUAGE HEARING ASSOCIATION* (ASHA), CIVIAM, CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Crefito9), Cursos Avante, e da Organização Mundial da Saúde (OMS), nas bases de dados do Caderno de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFS-Car), Educação temática digital, Educere-Revista da Educação da UNIPAR, *INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SCIENCES*, Livraria Científica Eletrônica Online, (SciELO), Repositório Institucional AEE, Repositório Comum, Revista Interinstitucional Brasileira Terapia Ocupacional, Revista Psicologia & Saberes, Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo (USP), Sociedade Brasileira de Pediatria e em artigo e teses das universidades Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), sendo que estas publicações ocorreram entre 2007 a 2020, contudo algumas publicações não datadas.

A pesquisa justifica-se em virtude de TEA apresentar déficits severos na comunicação, entre outros, assim, faz-se necessário utilizar a CAA devido auxiliar no processo evolutivo comunicativo, na aquisição da fala e linguagem, favorecendo também outros aspectos supracitados (JULIÃO; MELO; ENETÉRIO, 2020; ROSA; SILVA; AYMO-

NE, 2018), sendo o terapeuta ocupacional um profissional fundamental para este processo comunicativo (MANZINI; ASSIS; MARTINEZ, 2013).

Dessa maneira, o estudo foi desenvolvido com bases em referenciais teóricos que apresentaram o universo da criança com TEA e as suas dificuldades de comunicação; destacam a aplicabilidade da CAA junto às crianças com TEA e desenvolvem a abordagem terapêutica ocupacional e a CAA resignificando o contexto de vida da criança com TEA.

REFERENCIAL TEÓRICO

O UNIVERSO DA CRIANÇA COM TEA E SUAS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO

De acordo com Mergl e Azoni (2015), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome reconhecida por inúmeros danos que envolvem principalmente a comunicação social recíproca, acarretando em uma restrição da interação social, além de apresentar padrões repetitivos de comportamentos. Tais sintomas podem configurar o centro do transtorno, no entanto o grau será variável (SBP, 2019).

O transtorno manifesta-se precocemente durante a fase de desenvolvimento do indivíduo, gerando diversos prejuízos para o funcionamento social, em decorrência dos padrões repetitivos e também da restrição de interesses, comportamentos e até de atividades (APA, 2013).

Apesar de o TEA apresentar-se durante os primeiros anos de vida, inicialmente a percepção por meio dos comportamentos ainda é inconsistente. Destacando o grande número de casos em que esses sinais não são uniformes, sendo identificados geralmente entre 12 a 24 meses de idade apenas (SBP, 2019).

Os comportamentos atípicos revelam-se de forma perceptível entre os 12 ou 18 meses, sendo evidenciado

que nessa faixa etária há uma distinção mais aparente daquelas que desenvolvem-se de forma típica. A distinção é estabelecida principalmente pela presença de gestos com o objetivo de alcançar uma comunicação eficaz, além de apresentarem respostas aos pré-requisitos de atenção, como atender ao próprio nome (SBP, 2019).

Em contrapartida, as crianças com TEA apresentam, sobretudo, a manipulação atípica de objetos, como o ato de girar e/ou enfileirar brinquedos. Somado a isso, destacam-se diversos marcos potenciais durante o primeiro ano de vida da criança, em sua maioria envolvendo atrasos anormais no controle e desenvolvimento motor, além de evidentes dificuldades no controle da atenção e afeto negativo (SBP, 2019).

A Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP (2019), enfatiza acerca dos indicativos presentes ainda no primeiro ano de vida, pondo em destaque principalmente as perdas de habilidades já obtidas, como o ato de balbuciar. Além desses fatores, é perceptível também a ausência do sorriso social, assim como a diminuição da atenção para a face de outros indivíduos e apresentando maior interesse por objetos.

Destaca-se também o fato dessas crianças não voltam-se para a fonte de sons ou até mesmo vozes em um recinto, não aceitam atividades sensoriais que envolvam o toque, marcados também por fixações em tudo que proporcione estímulos sensorio-viso-motores, além de apresentarem hipersensibilidade auditiva. Não alcançando de forma adequada as habilidades de imitação, socialização, resultando na falta de engajamento social, e principalmente de linguagem (SBP, 2019).

De acordo com Schirmer (2020), um terço das crianças com TEA apresentam algum tipo de deficiência grave envolvendo a comunicação oral, em que a grande maioria não consegue alcançar o desenvolvimento adequado da oralidade, culminando em déficits referentes à comunicação verbal.

Nesse sentido, ressalta-se a presença da fala ecológica como um dos principais sintomas que possuem relação com o atraso da linguagem, além de discursos empobrecidos, baixa iniciativa social, assim como linguagem literal e/ou unilateral (MERGL; AZONI, 2015).

Segundo Pereira et al. (2019), a comunicação é destacada como um termo abrangente, fazendo-se necessário a distinção entre a comunicação, a fala e a linguagem, visto que possuem significados diferentes. Portanto, a comunicação em si é caracterizada como um processo de interação, havendo a troca de informações por meio de um emissor e de um receptor, em que um deles deve transmitir uma mensagem e o outro deve compreendê-la.

No caso da criança com TEA, um dos primeiros sintomas presentes no desenvolvimento atípico de forma aparente continua sendo a carência ou regresso da linguagem. Além desses fatores, há a possibilidade de a linguagem verbal-oral ser desenvolvida de forma tardia, ou se adquirida, não haver uma evolução e em alguns casos pode não se desenvolver (MESQUITA; PEGORARO, 2013).

Nesse contexto, a Tecnologia Assistiva (TA) é destacada por contribuir para a eliminação de barreiras, tendo como finalidade a diminuição de incapacidades e a promoção de qualidade de vida para pessoas com deficiência e incapacidades (BORGES; MENDES, 2018). Destacando a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) que se refere às habilidades de comunicação, sendo uma prática clínica e educacional, incluída também na área de pesquisa (PEREIRA et al., 2020). Sendo uma prática necessária para a restauração humana, principalmente para crianças que apresentam TEA, visto que, apresentam algumas incapacidades funcionais, sobretudo para as disfunções que envolvem a comunicação.

A APLICABILIDADE DA CAA JUNTO A CRIANÇAS QUE APRESENTAM TEA

Conforme a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), a Comunicação Aumentativa Alternativa (CAA) é uma Tecnologia Assistiva que se destina a prestar assistência a indivíduos que apresentam disfunções significativas na comunicação, podendo ser usada de forma complementar, quando a fala está presente; ou compensatória, quando ela é disfuncional ou inexistente (ASHA, n/d).

A CAA é composta por elementos verbais (fala sintetizada, vocalização e escrita) e não-verbais (gestos, língua de sinais, fotos, expressões faciais, desenhos, sistemas de símbolos pictográficos e ideográficos) que contribuem para que pessoas com dificuldades ou ausência da fala se comuniquem de forma funcional (KRÜGER, 2016).

Além desses aspectos, a CAA pode ser dividida em sistemas não assistidos, onde é necessário apenas o uso do próprio corpo para se comunicar, e sistemas auxiliados, quando há o uso de ferramentas ou dispositivos que auxiliam o processo de comunicação. Este último pode ainda ser dividido em sistemas de auxílio básicos e sistemas de auxílio de alta tecnologia (ASHA, n/d).

Constata-se que o recurso da CAA é de grande valia para crianças que apresentam TEA, uma vez que grande parcela dessa população exibe prejuízos que vão desde a fala não funcional até a ausência desta (TOGASHI; WALTER, 2016).

Em alguns casos, a criança com TEA consegue falar, mas a comunicação estabelecida é considerada disfuncional, pois não possui significado para quem a ouve. Isso ocorre como consequência dos déficits comunicativos característicos desta população, como o uso inapropriado dos pronomes e a repetição de palavras ou frases descontextualizadas (SILVA, 2020).

Estas crianças geralmente não conseguem compreender a importância da comunicação funcional, tendo como principal consequência a dificuldade na inclusão social e escolar destes indivíduos. Por este motivo, é necessário o uso de ferramentas como a CAA e o ensino sobre a importância de se expressar e se fazer entender, para que, assim, a comunicação seja efetiva (SILVA, 2020).

Dentre os recursos usados pela CAA destacam-se as pranchas de

comunicação, que utilizam simbologia gráfica, letras ou palavras escritas e são usadas pelos usuários utilizados para expressar seus sentimentos, desejos, entendimentos, entre outros recursos. (CARVALHO et al., 2016).

Para a produção dessas pranchas, pode-se evidenciar o software *boardmaker*, que, em tradução livre, significa “produtor de prancha”, e, como nome sugere, é um programa de computador criado especificamente para criação de pranchas de comunicação (JULIÃO; MELO; ENETÉRIO, 2020).

Além do referido anteriormente, há o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), formado por cartões de comunicação, os quais o paciente pode solicitar de acordo com a sua necessidade. O PECS ocorre em fases, onde a criança aprende gradativamente a trocar algo que deseja por figuras, indo de trocas simples de imagens até a formação de frases através dos cartões, impulsionando, assim, a comunicação funcional (SILVA, 2020).

Há também o Sistema *Bliss*, que dispõe de símbolos que possuem natureza pictográfica e ideográfica, que os torna fáceis de apreender e fixar. Entretanto, para que haja maior eficiência de seu uso, é necessário que haja uma boa capacidade de discriminação visual (FREIXO, 2013).

Por outro lado, o Sistema Pictogramas Ideogramas para a Comunicação (PIC) é composto por símbolos pictográficos agrupados por temas (pessoas, partes do corpo,

vestuário e utensílios pessoais, casa, casa de banho, cozinha, comida e guloseimas), desenhados em branco sobre fundo preto, o que facilita seu uso por crianças com baixos níveis cognitivos e/ou de percepção visual (FREIXO, 2013).

Vale ressaltar, ainda, o *Picture Communication Symbols* (PCS), formado por de signos pictográficos, agrupados por cores conforme cada categoria (pessoas e pronomes pessoais= amarelo; verbos= verde; substantivos= laranja; adjetivos e advérbios= azul; termos sociais= rosa; termos diversos= branco). Por sua organização, ele é de fácil compreensão e possibilita a estruturação de frases curtas e simples (SOUZA *et al.*, n/d).

Para maior eficácia e adaptação ao uso dessas tecnologias, é imprescindível que haja a escolha do sistema de CAA que melhor se adeque a cada paciente, sendo necessário que um profissional qualificado avalie e prescreva o uso de tais sistemas. A esse respeito, a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2015), caracteriza o Terapeuta Ocupacional como profissional habilitado para o uso desta Tecnologia Assistiva, visto que a CAA se caracteriza como instrumento de gerenciamento da comunicação, sendo esta uma Atividade Instrumental de Vida Diária.

Sendo assim, conforme o exposto, constata-se que a CAA é eficaz para auxiliar o desenvolvimento da comunicação funcional de crianças com TEA, sendo o terapeuta ocupacional um dos profissionais competentes para o uso deste instrumento de intervenção.

A ABORDAGEM TERAPÊUTICA OCUPACIONAL E A CAA RESSIGNIFICANDO O CONTEXTO DE VIDA DA CRIANÇA COM TEA

A atuação terapêutica ocupacional está presente em diversos contextos ao fazer uso da CAA, como:

[...] nas escolas, como facilitador do processo de inclusão escolar, na clínica, como

auxiliar no processo de habilitação ou reabilitação, nos Hospitais, no trabalho com os pacientes com possibilidades temporárias ou permanentes de comunicação e em especial dentro das Unidades de Terapia Intensiva e no processo de reabilitação profissional [...] (PELOSI, 2007, p. 467).

Diante do grande número e variedade de comprometimentos do indivíduo com TEA, existem atualmente, variados tipos de intervenções. Entre os protocolos, há o uso da CAA, visando compensar, de modo temporário ou permanente, os comprometimentos presentes na expressão e compreensão da comunicação (MIRENDA, 2017 apud PEREIRA et al., 2019).

Ao utilizar a CAA em crianças com TEA, o Terapeuta Ocupacional leva em consideração o momento e a condição clínica do infante; tendo em vista que algumas técnicas podem ser trabalhadas de maneiras diferentes e alcançar resultados semelhantemente positivos (HOSPITAL..., 2019), pois esses comprometimentos influenciar diretamente a funcionalidade e a participação da pessoa em suas atividades diárias (MARTINS, n/d).

Segundo Togashi e Walter (2016), o estabelecimento da comunicação de maneira funcional gera um impacto direto na qualidade de vida e no desenvolvimento geral, tornando possível a autonomia, expressão e liberdade de escolha. Sendo assim, a CAA é utilizada como uma ferramenta terapêutica com objetivo de propiciar a comunicação funcional, e portanto, desenvolver as habilidades comunicativas do sujeito.

Assim, o terapeuta ocupacional deve reconhecer os possíveis obstáculos para a sua participação, conhecendo o indivíduo e seu contexto o qual se encontra a fim de propor mecanismos e estratégias da CAA que sejam potencialmente eficientes (MARTINS, n/d).

Nesse contexto, o trabalho do terapeuta ocupacional na tecnologia assistiva engloba a avaliação das necessidades do usuário, suas habilidades físicas, cognitivas e sensoriais. Avalia a receptividade do indivíduo quanto a modificação ou uso da adaptação e as características físicas do ambiente em que será utilizada. O terapeuta ocupacional promove a instrução do uso apropriado do recurso de TA e orienta as outras pessoas envolvidas no uso dessa tecnologia (CANADIAN..., 2003, apud FIGUEIREDO; LIMA; COSTA, 2016, p. 1144).

De acordo com o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 9 (2016), as intervenções terapêuticas ocupacionais com enfoque na comunicação junto a crianças com TEA, promovem o desenvolvimento de relacionamentos com seus pares e adultos, os possibilita expressar sentimentos de formas mais adequadas e compreensíveis, bem como envolver-se em brincadeiras com seus pares, sincronizando seu crescimento com outras crianças, além de auxiliar na independência, confiança e aprendizagem.

Sendo assim, considera-se a relevância de um trabalho individual precoce com essas crianças, objetivando, através de metas terapêuticas apropriadas, atenção conjunta, interação social, facilitar a aquisição da linguagem oral e auxiliar a compreensão do processo de comunicação. Daí a importância de dispor meios ao indivíduo, para que o mesmo consiga iniciar a comunicação e expressar suas necessidades espontaneamente, quando desejar. (O DESENVOLVIMENTO..., n/d).

Além desses fatores, é de grande importância ressaltar que a promoção da comunicação funcional nos sujeitos com TEA lhes possibilita uma melhoria da qualidade de vida, potencializando suas chances de inclusão na sociedade, e desenvolvimento em todas as dimensões da vida (PEREIRA et al., 2019).

Através das intervenções terapêuticas ocupacionais, utilizando-se da CAA como recurso para trabalhar a comunicação em crianças com TEA, é possível alcançar muitos ganhos para seu desenvolvimento, que irão repercutir de forma positiva em suas ocupações, possibilitando a criança adquirir independência e autonomia para expressar e realizar suas atividades de modo funcional e satisfatório.

MÉTODO

Este estudo de revisão bibliográfica narrativa tem abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica teve como objetivo responder às questões norteadoras. Os achados foram divididos em três tópicos, compondo o referencial teórico, sendo eles: O universo da criança com TEA e suas dificuldades de comunicação, A Aplicabilidade da CAA junto a crianças que apresentam TEA e A abordagem terapêutica ocupacional e a CAA ressignificando o contexto de vida da criança com TEA.

Para embasar a pesquisa foram utilizados sites oficiais, como American Speech-Language-Hearing Association (ASHA); American Psychiatric Association (APA); Conselho Regional De Fisioterapia E Terapia Ocupacional (Crefito 9); CIVIAM; Cursos Avante e Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como, artigos capturados das bases de dados e periódicos, tais como: Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo, Revista Brasileira de educação especial, Educere-Revista da Educação, Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar, Revista CEFAC, Revista Psicologia & Saberes e Revista Brasileira de Educação especial, Livraria Científica Eletrônica Online, (SciELO), Repositório Institucional AEE e Design & Tecnologia 15, além de teses apresentadas na Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) e na Escola Superior De Educação João De Deus, um artigo da Universidade Federal Recôn-

cavo da Bahia, entre outros. Essas publicações ocorreram entre 2007 a 2020, sendo algumas não datadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento que se manifesta no primeiro ano de vida em graus variáveis, de acordo com Grupo... (n/d) é caracterizado por comportamentos repetitivos, uso de objetos de forma estereotipada, interesses fixos, padrões ritualizados de comportamento, déficits na reciprocidade socioemocional e disfunções comunicativas, sendo que estas expressas influências significativas no contexto de vida desses indivíduos.

Observa-se ainda que indivíduos com TEA apresentam dificuldades em entender comportamentos não verbais presentes na interação social — referentes ao contato visual e linguagem corporal, na compreensão de expressões linguísticas, em entender e utilizar gestos, além de não apresentar expressões faciais e comunicação não verbal (GRUPO..., n/d).

A respeito do desenvolvimento da fala ou linguagem, a criança com TEA pode apresentar dificuldades como: atraso na fala, caracterizado pela lentidão na progressão da fala, além de apresentar-se abaixo do desempenho esperado; a dissociação, refere-se a manifestação do atraso de forma mais intensa; e desvio, entendido como a aquisição atípica e sem relação com a comunicação habitual (INSTITUTO..., 2018).

Considerando esses fatores, a comunicação dessas crianças pode manifestar aspectos que se diferem entre si. Ao mesmo tempo que um indivíduo com o transtorno pode desenvolver sua fala com ecolalias; outra criança pode apresentar uma forma de comunicação diversificada, não sendo a oralidade (INSTITUTO, 2018).

Entende-se que o transtorno prejudica as intenções comunicativas da criança, o Instituto... (2018) ainda dis-

cute que a criança ao iniciar o processo comunicativo, não realiza esta habilidade visando a interação social, tampouco conforme o contexto. Ademais, pode mostrar ecolalias na fala, utilizar jargões e ainda inverter pronomes.

Quando uma criança com TEA possui a oralidade, fora a ecolalia, o indivíduo pode manifestar também a fala de maneira mecânica, ou seja, prosódia monótona ou ausência de prosódia; bem como excesso de formalismo, essas características podem ocorrer independente do contexto que essas crianças estão inseridas (INSTITUTO..., 2018).

Acredita-se, então, que crianças com TEA podem vir a desenvolver ou não a fala, bem como podem apresentar déficits na comunicação verbal e não verbal. Essas dificuldades na comunicação prejudicam na interação social, podendo provocar a exclusão desses indivíduos, ocorrendo, assim, o isolamento dos mesmos.

Nesse sentido, a criança apresenta prejuízos em desenvolver, manter e entender relacionamentos, podendo ter dificuldades em adaptar o comportamento em diversos contextos, participar de brincadeiras imaginativas ou estabelecer uma relação interpessoal. Assim, sem intervenção dificilmente a criança com TEA adquire independência, impedindo a sua plena inclusão social (GRUPO..., n/d).

Nesse contexto, o uso da Tecnologia Assistiva visa promover auxílio para esses indivíduos, sendo a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) recomendada devido às disfunções significativas na comunicação, pois a mesma é composta por elementos verbais e não-verbais intervindo nas disfunções ou ausência da fala, estimulando o contato da criança de forma mais efetiva.

No âmbito dos sistemas utilizados pela CAA junto com crianças com TEA, pode-se destacar o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS) constituído por cartões figurativos para a comunicação; o Sistema *Bliss*, composto por símbolos gráficos e o Sistema Pictográfico de

Comunicação (PCS) estabelecido por categorias representadas por cores.

Além desses recursos, há o Sistema Pictogramas Ideogramas para Comunicação (PIC), constituído por signos pictográficos com significados escritos, e o *software boardmaker*, este é um programa de computador específico para criação de pranchas de comunicação.

Entende-se assim que os recursos supracitados possuem como objetivo viabilizar a comunicação para crianças com TEA, seja pela ausência da fala ou pela comunicação disfuncional das mesmas. Esses recursos possibilitam a expressão da criança, a liberdade de escolha, através deles é possível a reciprocidade comunicativa, como também podem impulsionar a comunicação funcional da mesma.

Compreende-se, dessa maneira, que as crianças podem através da CAA expressar seus sentimentos, pensamentos e suas opiniões, ou seja, são capazes de minimizar as disfunções comunicativas. Desse modo, tendo ganhos na comunicação, possibilita a interação interpessoal desses indivíduos, conseqüentemente experiências em diversos contextos.

Para que esse processo ocorra, é fundamental que um profissional qualificado determine dentre quais os sistemas de CAA seja apto a cada paciente considerando as especificidades de cada indivíduo com TEA.

Nesta percepção, o terapeuta ocupacional é um profissional capaz de utilizar a CAA junto crianças com TEA, contribuindo no estabelecimento da linguagem e otimizando a comunicação funcional, compreendendo as necessidades individuais da criança, bem como os empecilhos da participação do indivíduo e contexto inserido para promover a introdução mais apropriada da CAA.

Logo, a intervenção do profissional é voltada ao cliente, atuando juntamente a família e outros profis-

sionais para o aprimoramento da CAA nos contextos de vida da criança, seja interfamiliar, escolar ou outros; potencializando experiências com o meio e pares de forma mais positiva.

Portanto, evidencia-se que as contribuições terapêuticas ocupacionais na comunicação junto a crianças com TEA se caracterizam na promoção de expressão, da interação e inclusão social, bem como a viabiliza a autonomia e independência, proporcionando ainda a funcionalidade e a participação da criança em suas atividades diárias. Consequentemente, impulsiona a autoestima e proporciona a qualidade de vida, refletindo positivamente nos contextos inseridos.

Compreende-se que a criança apresentará um melhor prognóstico em relação ao desenvolvimento da fala, se a intervenção ocorrer antes a dissociação da fala, pois a CAA pode vim a contribuir na aquisição da linguagem, da mesma maneira com a presenças de disfunções comunicativas o profissional pode vim a considerar o uso da CAA com uma alternativa compensatória a comunicação da criança.

Dessa maneira, as intervenções terapêuticas ocupacionais junto a crianças com TEA utilizando a CAA minimizam barreiras quanto à aprendizagem, auxilia no desenvolvimento de relacionamento social, na funcionalidade e participação nos ambientes cotidianos como domiciliar, na escola e no lazer.

Sendo assim, é imprescindível a intervenção do terapeuta ocupacional junto a crianças com TEA utilizando-se a CAA como instrumento de comunicação, uma vez que são capazes de designar o sistema de CAA mais apropriado a cada indivíduo, bem como essas crianças ainda estarem em processo de desenvolvimento, instigando a comunicação e participação social, promovendo qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A comunicação assume atribuições de suma importância durante o desenvolvimento infantil, assim como ao longo de todo o desenvolvimento humano, sendo através da mesma que um indivíduo se expressa e também interage, com seus pares e com o meio. Sabe-se que crianças com TEA apresentam grandes dificuldades relacionadas à comunicação, restringindo seu contato social, o que por sua vez prejudica seu desenvolvimento.

Tendo em vista que o TEA pode variar desde um nível mais leve, onde apesar das dificuldades a criança consegue estabelecer uma maneira de demonstrar o que deseja transmitir, até um nível severo, com infantes não-verbais que não conseguem se expressar, faz-se necessário o uso de recursos para auxiliar no estabelecimento de uma comunicação funcional deste grupo.

Sendo assim a CAA apresenta-se como uma proposta extremamente válida para auxiliar no estabelecimento e desenvolvimento da comunicação funcional em crianças com TEA, atuando de maneira alternativa ou suplementar, para que esses indivíduos tenham a possibilidade de iniciar uma interação quando for necessário.

A CAA dispõe de recursos de baixa, média e alta tecnologia que podem ser adaptados para melhor assistir cada pessoa, de acordo com seus diferentes contextos e ambientes, tendo em vista que apesar dos padrões o TEA se manifesta em distintas realidades e cada uma possui suas especificidades.

Dentre os profissionais habilitados a utilizar a CAA está o terapeuta ocupacional, que atenderá as demandas referentes a esse contexto, buscando promover a autonomia para essas crianças e melhorar o desempenho destas em suas ocupações. O terapeuta ocupacional ainda tem a possibilidade de fazer com que a criança possa obter meios para se expressar de formas compreensíveis e ganhe confiança para adquirir novos aprendizados.

Logo, o estudo tem grande potencial de gerar qualidade de vida para essas crianças e suas famílias, bem como contribuir para a evolução da sociedade como um todo, ao viabilizar meios de inclusão através de uma comunicação eficiente. Portanto, sugere-se que sejam realizados mais trabalhos nessa área, ressaltando-se a imensa necessidade de estudos que relatem mais sobre essa temática.

REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo – 3 ed. Traduzida. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, 26(esp), 1-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DS-M-V.** 5. Ed. Washington, 2013.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION – ASHA. **Comunicação Aumentativa e Alternativa.** N/d. Disponível em: <<https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL – Organização Mundial da Saúde – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa – Transtorno do Espectro Autista**, 2017. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>>. Acesso em: 27 mar. 2021.

BORGES, W. F.; MENDES, E. G. Usabilidade de Aplicativos de Tecnologia Assistiva por Pessoas com Baixa Visão. **Res. Brasileira de educação especial**, v. 24, n. 4, p. 483-

500, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1413-65382418000500002>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

CARVALHO, V. F. *et al.* Tecnologias assistivas aplicadas a deficiência visual: Recursos presentes no cotidiano escolar e na vida diária e prática. **Educere-Revista da Educação da UNIPAR**, 16(1), 61-74, 2016. doi: 10.25110/educere.v16i1.2016.5825.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL –CREFITO 9. **O papel do Terapeuta Ocupacional no tratamento do Autismo**, 2016. Disponível em: <<https://www.crefito9.org.br/imprime.php?cid=1064&sid=320>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

FIGUEIREDO L. V. S.; LIMA, A. A.; COSTA, R. R. S. Suporte visual auxiliando o treino de atividades de vida diária de crianças autistas relato de experiência da atuação do terapeuta ocupacional. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional/2015. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, Rio de Janeiro; ATOERJ, 2016. p. 1142-1151. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?as=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjYmrb2t5TwAhUbpZUCHf8HDI8_QFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Frevistas.ufrj.br%2Findex.php%2Fribto%2Farticle%2Fdownload%2F4947%2F3617&usg=AOvVaw3IIQO8k1M00T6fnW-04GoI->>. Acesso em: 22 abr. de 2021.

FREIXO, A. R. G. **A importância da comunicação aumentativa/alternativa em alunos com paralisia cerebral no 1º ciclo do ensino básico**. Tese de Doutorado. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus, 2013.

GRUPO CONDUZIR. **O que é Transtorno do Espectro Autista (TEA)?** N/d. Disponível em: <<http://www.grupoconduzir.com.br/autismo/>>. Acesso em: maio de 2021.

HOSPITAL SANTA MÔNICA. **Como a terapia ocupacional atua no tratamento do autismo?** Veja os benefícios. 2019. Disponível em: <<https://www.google.com/amp/s/hospitalsantamonica.com.br/como-a-terapia-ocupacional-atua-no-tratamento-do-autismo-veja-os-beneficios/%3famp>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

INSTITUTO NEUROSABER. **Os diferentes aspectos da comunicação da pessoa com TEA.** 2018. Disponível em: <[https://institutoneurosaber.com.br/osdiferentesaspectos-da-comunicacao-da-pessoa-comtea/#:~:text=A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20no%20TEA%20\(Transtorno,comunicar%20fora%20da%20habilidade%20verbal](https://institutoneurosaber.com.br/osdiferentesaspectos-da-comunicacao-da-pessoa-comtea/#:~:text=A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20no%20TEA%20(Transtorno,comunicar%20fora%20da%20habilidade%20verbal)>. Acesso em: 01 maio de 2021.

JULIÃO, M. G. M.; MELO, M. M. G.; ENETÉRIO, N. G. P. **Autismo e a Influência da Comunicação Aumentativa e Alternativa.** Repositório Institucional AEE, Anápolis, 2020. Disponível em: <<http://repositorio,aee,edu.br/bitstream/aee/11299/1/AUTISMO%20E%20A%20INFLU%20ANCIA%20DA%20COMUNICA%2087%20830%20AUMENTATIVA%20E%20ALTERNATIVA.pdf>>. Acesso em: 27 mar. De 2021.

KRÜGER S. I. **Comunicação Suplementar e/ou Alternativa:** Atividade semiótica promotora das interações entre professores e alunos com oralidade restrita [tese]. Curitiba (PR): Universidade Tuiuti do Paraná, 2016.

LIMA M. M.; CERQUEIRA K. G. S. S.; PIMENTEL S. C. **Comunicação Aumentativa e Alternativa:** uma revisão da produção acadêmica. Universidade Federal Recôncavo da Bahia, n.d.

MARTINS, D. S. Os principais desafios dos terapeutas ocupacionais na atuação com a CAA. **CIVIAM**, n/d. Disponível em: <<https://civiam.com.br/terapeuta-ocupacional-eatuacao-com-a-cao/>>. Acesso em: 22 de abr. de 2021.

MANZINI, M. G.; ASSIS, C. P.; MARTINEZ, C. M. S. Contribuições da Terapia Ocupacional na área da comunicação suplementar e/ou alternativa: análise de periódicos da Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p.60-1,2013. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupa cional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/73>>. Acesso em: 31 de mar, 2021.

MERGL, M.; AZONI, C. A. S. Tipo de ecolalia em crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 6, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000802072&lang=pt#B5> Acesso em: 5 abr. 2021.

MESQUITA, W. S.; PEGORARO, R. F. Diagnóstico e tratamento do transtorno autístico em publicações brasileiras: Revisão da literatura. **International Journal of Health Sciences**, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4302375&pid=S1679-494X201900020001600016&lng=pt>. Acesso em: 5 abr. 2021.

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM FRENTE À COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA. **Cursos Avante**, n/d. Disponível em: <<https://cursosavante.com.br/odesenvolvimento-da-linguagem-frente-comunicacaoalternativa/>>. Acesso em: 06 abr. 2021.

PEREIRA *et al.* Comunicação alternativa e aumentativa no transtorno do espectro do autismo: impactos na comunicação. **CoDAS**, São Paulo, vol. 32, n.6, p. 2, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317178220200006003_04&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 06 abr. 2021.

PEREIRA, L. D. *et al.* Perspectiva e estratégia materna ante a comunicação da criança com Transtorno do Espectro Au-

tista. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167_9494X2019000200016>. Acesso em: 5 abr. de 2021.

PELOSI, M. B. Comunicação alternativa e suplementar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 462-467.

SCHIRMER, C. R. Pesquisas em recursos de alta tecnologia para comunicação e transtorno do espectro autista. **Educação temática digital**, v. 22, n. 1, p. 68-85, 2020. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=transtorno+do+espectro+autista+e+comunica%C3%A7%C3%A3o&btnG=#d=gs_qab_s&u=%23p%3D0nxKDPQG-GsJ>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SILVA, E. A. M. Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a linguagem: a importância de desenvolver a comunicação. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 9, n. 18, 2020. Disponível em: <<https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1221>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. **Manual de orientação: Transtorno do Espectro do AUTISMO**. N. 5, 2019. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf&ved=2ahUKEwj19KrCgpvwAhVfGLkGHTR0CqEQFjAKegQIGRAC&usg=AOvVaw1CMAktgxYa1LW20NBmFf7e>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SOUZA, R. O. *et al.* **Prática de construção de livros virtuais com uso de símbolos picture communication symbols - PCS**. N/d. Disponível em: <<http://www.ufrgs>>.

br/niee/eventos/RIBIE/2008/pdf/practica_contrucion_livros.pdf>. Acesso em: 20 de abr. de 2021.

ROSA, A. I.; SILVA, R. P.; AYMONE, J. L. F. Processo de desenvolvimento de Prancha de Comunicação Alternativa e Aumentativa para crianças com Transtorno do Espectro do Autismo utilizando Realidade Aumentada. **Design & Tecnologia 15**, 2018. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/det/index.php/det/article/download/441/237/](https://www.ufrgs.br/det/index.php/det/article/download/441/237)>. Acesso em: 29 mar. 2021.

TOGASHI, C. M.; WALTER, C. C. F. As Contribuições do Uso da Comunicação Alternativa no Processo de Inclusão Escolar de um Aluno com Transtorno do Espectro do Autismo. **Rev. Bras. Educ. espec.**, Marília, v. 22, n. 3, p. 351-366, set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141365382016000300351&l>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

**INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL
EM UNIDADE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS
SEMI-INTENSIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
NA PRÁTICA DA RESIDÊNCIA**

*Carla Camila Chaves Leal
Ester Miranda da Silva Pereira
Thais Gomes Cabral de Avelar*

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de um relato de experiência sobre atuação de uma terapeuta ocupacional residente em uma unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos, sob a preceptoria de duas terapeutas ocupacionais atuantes no setor, em que serão descritas algumas práticas desenvolvidas, bem como serão levantadas reflexões sobre possibilidades de atendimento da Terapia Ocupacional. Reitera-se também a importância de tal cenário como campo de aprendizagem da Residência Multiprofissional em um hospital de referência no Pará.

Os eixos temáticos abordados pelas preceptoras junto à residente neste período de prática foram: Saúde da Criança; Processo de Hospitalização Infantil; Cuidados Paliativos na Infância; Estimulação do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) em Contexto Hospitalar; Utilização do lúdico como Estratégia de Intervenção; Uso de Tecnologias Assistivas no Contexto

da Hospitalização Infantil; Modelos de Intervenção de Terapia Ocupacional e formulação do Projeto Terapêutico Singular.

No decorrer desse processo, priorizaram-se as metodologias ativas de aprendizagem, a fim de que as trocas realizadas entre as profissionais atuantes no setor e a residente fossem mais efetivas, suscitando uma reflexão crítico-reflexiva. As principais estratégias/atividades utilizadas para o processo de ensino/aprendizagem da residente foram: Planejamento de Atividades; Artigos; Estudo Dirigido; Avaliação, Prescrição e Confeção de Tecnologia Assistiva; Discussões de Caso; Elaboração de Materiais Educativos, Elaboração de Relatórios Terapêuticos e produção científica.

Observa-se que, nos últimos anos, o terapeuta ocupacional tem se mostrado cada vez mais relevante em todos os níveis de atenção à saúde. Esse profissional estimula independência, autonomia e funcionalidade dos indivíduos visando a promoção de saúde através do desempenho em ocupações e papéis ocupacionais, mediante diferentes padrões de desempenho, considerando os fatores do cliente em diversos contextos (AOTA, 2020; CREFITO, [s.d]).

Ademais, após ter conhecido a realidade da unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos, no que tange ao alto grau de privação ocupacional, imobilismo no leito, risco iminente de vida, baixa interação, estímulos ambientais adversos e por constituir novo cenário de prática na residência, emerge a partir daí o desejo de escrever sobre possibilidades de intervenção terapêutica ocupacional com o público hospitalizado nesse contexto, a fim de evidenciar mais um campo de prática para esse profissional.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A hospitalização é uma condição inesperada que pode ocorrer na vida da criança que necessita de inter-

nação devido à piora de suas condições de saúde. Além do declínio clínico proporcionado pela patologia, a rotina hospitalar gera intensa privação ocupacional, tanto para as crianças como para seus acompanhantes, pois limita o engajamento em diversos contextos e, conseqüentemente, reduz o desempenho de diversas ocupações (OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2015).

De acordo com Franco e Kudo (2018), nesse cenário, o desenvolvimento infantil fica vulnerável a grande risco de prejuízos, uma vez que a existência de estímulos benéficos para o alcance dos seus marcos ou refinamento de habilidades é insuficiente e/ou limitada. Entre os possíveis fatores prejudiciais, destacam-se:

- Rotinas específicas e rígidas de funcionamento;
- Intervenções frequentes realizadas por diferentes profissionais;
- Restrições de dieta, sono e descanso;
- Redução de oportunidades de lazer, interação social e brincar.

Esses aspectos que podem comprometer o desenvolvimento infantil são decorrentes, dentre outros, de (FRANCO; KUDO, 2018):

- Condições hemodinâmicas do paciente;
- Utilização de aparelhos de suporte básico de vida;
- Imobilismo;
- Risco de infecção e transmissão de doenças;
- Fatores ambientais, como luminosidade pré-estabelecida, sons intervalados dos equipamentos de monitorização e de profissionais nos momentos de visita, discussão de casos com alunos e residentes, além do choro e irritabilidade, principalmente das crianças menores.

Ainda quanto à necessidade de institucionalização para manutenção de cuidados de saúde, as unidades de te-

rapia semi-intensiva são caracterizadas por abrigarem indivíduos considerados de gravidade intermediária, que necessitam de cuidados limítrofes entre o tratamento em enfermarias e a assistência em unidade de terapia intensiva (UTI). Dessa forma, requerem supervisão de média-baixa complexidade, durante 24 horas, a fim de, antecipadamente, reconhecer indícios mínimos de piora clínica para proporcionar estabilização adequada o mais rápido possível (CMF, 2020).

O perfil da clientela assistida nesse tipo de unidade geralmente abrange indivíduos que apresentam condições crônicas complexas (CCC), neurológicas ou neuromusculares, estão em cuidados paliativos (CP), ou se encontram em elucidação diagnóstica. Caracterizam-se pela dependência de tecnologias duras de saúde, com demandas para uso de instrumentos como: ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, bombas de infusão, entre outros (FRANCO; KUDO, 2018; FERREIRA; SANTOS, 2020; SIMONATO; MITRE; GALHEIGO, 2018).

É evidente que a internação hospitalar visa restabelecer e/ou equilibrar as condições de saúde. No entanto, também é capaz de provocar alguns danos que podem gerar marcas no percurso de vida da criança. Nesse sentido, os objetivos da Terapia Ocupacional no âmbito da internação hospitalar são, dentre outros (ANICETO; BOMBARDA, 2020; OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2015):

- Minimizar fatores negativos, como estresse, agitação, ansiedade e privação ocupacional;
- Proporcionar o desempenho do brincar, do lazer e da interação;
- Estimular fatores do cliente e suas competências de desempenho;
- Proporcionar a independência e autonomia para participação ativa no processo de tratamento;
- Orientar e oferecer suporte assistencial aos familiares;

- Trabalhar em equipe com objetivo de proporcionar boa ambiência.

Assim, o terapeuta ocupacional busca favorecer à criança e a seus cuidadores uma experiência menos prejudicial possível e mais humanizada.

Diante do exposto, o presente trabalho pretende descrever a atuação terapêutica ocupacional realizada em unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos, durante a prática na residência multiprofissional em saúde da mulher e da criança em um hospital no Pará, bem como evidenciar esse cenário como relevante no processo de aprendizagem e na formação do terapeuta ocupacional no campo hospitalar.

JUSTIFICATIVA

De acordo com a Resolução N° 2.271, de fevereiro de 2020, do Conselho Federal de Medicina, as unidades de tratamento intensivos (UTIs), de cuidados intermediários (UCIs) e semi-intensivos requerem atuação de equipe multidisciplinar especializada, composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e fisioterapeuta. Entretanto, outras categorias profissionais poderão ser solicitadas, mediante as demandas dos pacientes internados em tais unidades.

Por outro lado, a Resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre requisitos mínimos para o funcionamento de UTIs, nos artigos 18, inciso e 23, respectivamente, referem-se ao acesso a recursos assistenciais, ao processo de trabalho nas UTIs e à garantia de acesso a serviços e assistência terapêutica ocupacional para UTI pediátrica e adulta.

Ademais, a Resolução N° 445 de 2014, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), estabelece os parâmetros terapêuticos ocupacionais para diversas modalidades prestadas por esse profissio-

nal. Dentre essas, destaca-se a assistência em contextos hospitalares de média e alta complexidade, a qual abrange procedimentos de avaliação, intervenção e orientação em UTIs e unidades de semi-intensiva, a fim de intervir de forma antecipada com objetivo de estimular o desempenho ocupacional e qualidade de vida mediante a prevenção de consequências físicas, redução da funcionalidade, danos psicossociais e afetivos, dentre outros. Dessa forma, o terapeuta ocupacional é habilitado para atuar com o público assistido em unidades de cuidados semi-intensivos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre atuação do terapeuta ocupacional na Unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos, em um hospital de grande porte no norte do Brasil. As intervenções ocorreram como proposta de um novo cenário de prática da residência multiprofissional de saúde.

O hospital em que houve a experiência é referência em saúde da mulher e da criança, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e contempla a atuação de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo e farmacêutico.

A equipe de Terapia Ocupacional dessa unidade hospitalar é composta por treze profissionais, distribuídos nos setores de:

- Neonatologia: unidades de cuidados intermediários convencional e canguru (UCInco e UCInca, respectivamente), além do ambulatório do prematuro;
- Enfermarias pediátricas (clínicas geral e cirúrgica);
- Setor de terapia renal substitutiva pediátrica;
- 02 unidades de tratamento intensivo pediátrico;

- Clínicas médicas e cirúrgicas da faixa etária adulta/idosa.

Setores como Ambulatório da Mulher, Salas de pré-parto, parto e pós parto (PPP), Alojamento Conjunto (ALCON), UTIs adulto e do neonato e unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos são contextos onde, por enquanto, não dispõem de terapeuta ocupacional lotado especificamente nesses locais. A intervenção é desenvolvida por meio de solicitação da equipe de saúde ou de organização, da preceptoria/tutoria, como cenário da residência multiprofissional.

Apesar das unidades de cuidado semi-intensivo possuírem como equipe mínima somente o técnico de enfermagem, o enfermeiro, o fisioterapeuta e o médico, devido à expressiva demanda pela assistência multiprofissional e a existência de resoluções do Ministério da Saúde e do COFFITO, o terapeuta ocupacional também tem inserido sua prática nesse contexto.

A seguir, serão descritas duas das condições patológicas que integram a realidade de crianças internadas na Unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos - Atrofia Muscular Espinhal e Miopatia Miotubular ligada ao X e, em seguida, serão abordadas algumas fundamentações da profissão de Terapia Ocupacional concernentes a esse contexto.

REFERENCIAL TEÓRICO

A atrofia muscular espinhal (AME) é uma patologia genética, autossômica recessiva, que implica acometimento dos neurônios motores inferiores localizados na região do corno anterior da medula espinhal e dos núcleos do tronco cerebral. Tem como principais manifestações sintomáticas: a crescente fraqueza muscular, a atrofia muscular e a arreflexia ou hiporreflexia (PRIOR; LEACH; FINANGER, 2020).

Essa neuropatia é classificada, mais comumente, em quatro tipos. Aqui será evidenciada a AME tipo I, ou também denominada Werdnig-Hoffmann, doença que interfere diretamente na qualidade de vida e bem estar dos pacientes, uma vez que a degeneração nervosa progressiva e de forma próximo-distal compromete a realização de muitas atividades. Seus primeiros sinais podem ser observados ainda durante a gestação, através de baixa movimentação fetal e, nos meses iniciais de vida, por meio de (CHRUN et al, 2017):

- Ausência de resistência na sustentação cefálica;
- Impossibilidade de sedestação sem auxílio;
- Incapacidade de deglutição;
- Desordens respiratórias.

Mesmo com todo comprometimento neuromuscular, a sensibilidade tátil, a movimentação ocular e visão se mantêm presentes .

A Miopatia Miotubular ligada ao X é um tipo mais grave dos subtipos de miopatia centronuclear, com origem dos sintomas no período pré-natal ou logo após o nascimento. A apresentação clínica se manifesta através de movimentação fetal diminuída e aumento do líquido amniótico, além de, nas primeiras semanas de vida, o neonato poder exibir, dentre outras afecções (EMÍLIO, 2006; SOUZA, 2018):

- Hipotonia;
- Fraqueza difusa;
- Insuficiência respiratória;
- Dificuldade de alimentar-se;
- Ptose palpebral;
- Oftalmoplegia.

Por também ser uma doença genética e neuromuscular, ocorrem problemas no funcionamento de genes responsáveis por proteínas ligadas ao funcionamento de

músculos e funções neuromusculares. A expectativa de vida dos pacientes com esse subtipo de miopatia gira em torno de um ano. As crianças que ultrapassam esse período necessitam de assistência semi-intensiva, devido a alto grau de comprometimento no funcionamento de órgãos (SOUZA, 2018).

Os indivíduos acometidos por tais patologias possuem sintomas comuns. Observa-se, no geral, pouca ou nenhuma movimentação voluntária na maioria dos músculos ou, quando presentes, concentram-se em regiões distais, como nas falanges e nos membros. A exemplo, destaca-se o caso do paciente assistido diagnosticado com miopatia miotubular ligada ao X que, durante o período de atendimento, realizava movimentação ativa de membros superiores e inferiores, porém, com determinado grau de limitação. Todas as crianças atendidas possuíam comprometimento das funções de deglutição, respiração e fala, impossibilitando assim o desempenho coordenado e autônomo de tais funções.

Outrossim, incide o fato de que todas as crianças atendidas nessa unidade estavam em cuidados paliativos. Algumas possuíam perspectiva de alta e estavam aguardando processos burocráticos para desospitalização; entretanto, independente da perspectiva de alta hospitalar, todos dependiam de aparelhos tecnológicos para suporte básico de vida. Ou seja, o ambiente de cuidados poderia mudar, no entanto, as limitações e proposições impostas pelo tratamento não mudariam.

Nesse contexto permeado por prejuízos de diferentes ordens, frutos de condições patológicas que comprometem a vida de crianças, faz-se necessário refletir sobre o papel e possibilidades de intervenção do terapeuta ocupacional junto a essa clientela.

Para a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2020), a Terapia Ocupacional (TO) estuda

o cotidiano de pessoas e de grupos, fazendo o uso terapêutico das ocupações com a finalidade de melhorar ou de possibilitar a participação em papéis e tarefas do dia a dia, promovendo autonomia e independência a sujeitos que apresentam prejuízos ocupacionais.

Diante desses diagnósticos, o terapeuta ocupacional busca promover as ocupações individuais, evitando a ociosidade não funcional a qual pode possibilitar uma piora contínua, principalmente de (ALVES et al, 2001):

- Funções locomotoras, que geram complicações emocionais;
- Isolamento social;
- Déficit cognitivos;
- Desajuste familiar.

Além disso, Hassui (2003) aponta que, em contextos dessa natureza, cabe ao terapeuta ocupacional:

- Promover a manutenção e/ou a estimulação da força muscular, da amplitude de movimento e da função manual;
- Prevenir encurtamentos e deformidades;
- Realizar estimulação perceptiva, cognitiva e do processo de conscientização e imagem corporal;
- Estimular maior independência possível nas atividades de vida diária;
- Realizar orientação quanto ao posicionamento adequado;
- Prescrever adaptações em mobiliários e utensílios e órteses, quando necessário;
- Realizar orientação familiar.

Ademais, de acordo com a teoria do desenvolvimento ocupacional de Helene Polatajko e Jane Davis, o desenvolvimento humano é possível mediante o engajamento em ocupações (FOLHA; BARBA, 2021). Assim, o

apoio e favorecimento para o engajamento ocupacional de crianças com as manifestações sintomáticas e prognósticos semelhantes aos de miopatias e neuropatias podem ser embasadas nessa teoria, já que o processo de saúde também é facilitado pela tríade do desempenho ocupacional, composta por sujeito, atividade/ocupação e ambiente (AOTA, 2020), indispensável ao desenvolvimento humano.

A TO é a única profissão detentora do estudo das ocupações e atividades humanas; portanto, cabe a ela, seja qual for o contexto, avaliar e intervir, pois a efetividade de recursos e intervenções são necessários, desde que a diáde homem-ocupação seja sustentada. Os seres humanos são seres ocupacionais, de forma inata; por conseguinte, necessitam de envolvimento em ocupações, isto gera saúde (AOTA, 2020).

A partir disso, observa-se a importância da interação entre sujeito, família/cuidadores e equipe de reabilitação, criando, de maneira articulada e integrada, estratégias de trabalho que possam suprir necessidades do indivíduo. Além disso, percebe-se a TO como peça fundamental no processo de reconstrução/ promoção da saúde.

DESCRIÇÃO DA PRÁTICA

As intervenções terapêuticas ocupacionais ocorreram em uma unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos, organizada em dois quartos de enfermaria, cada uma com 03 leitos. Iniciaram no dia 05 de janeiro de 2022 e se estenderam até dia 14 de fevereiro do mesmo ano. A clientela atendida envolveu pacientes com afecções de base neurológica, quais sejam: atrofia muscular espinhal e miopatia miotubular ligada ao X. Estavam à frente dos atendimentos uma residente e uma preceptora servidora do hospital, alocada no mesmo andar da unidade.

As práticas aconteceram duas vezes por semana, no período vespertino. Inicialmente, os atendimentos fo-

ram desenvolvidos em dupla, entre preceptor e residente, a fim de proporcionar compreensão do funcionamento e dinâmica do ambiente, incluindo os aparelhos tecnológicos de suporte e monitorização de vida, bem como integração com a equipe multidisciplinar.

Além disso, por ser um contexto de atuação incipiente para a Terapia Ocupacional, o qual exige, dentre outros, conhecimentos especializados em parâmetros básicos de vida e avaliação periódica da homeostasia de cada paciente, durante todo o período da experiência houve intensa comunicação e trocas de conhecimento e experiência com os fisioterapeutas e técnicos de enfermagem dessa unidade, favorecendo as premissas de trabalho interprofissional recomendados pelo Ministério da Saúde.

Os procedimentos de intervenção utilizados foram:

- Consulta;
- Acolhimento;
- Avaliação do DNPM;
- Avaliação do desempenho e do perfil ocupacional;
- Estimulação, treino e/ou resgate de ocupações;
- Tratamento das competências de desempenho ocupacional;
- Aplicação de métodos/técnicas e abordagens específicas;
- Adequação ambiental e postural.

Os principais procedimentos realizados voltaram-se ao apoio para a ocupação brincar e ao fomento para interação social. Mas também foi realizada a estimulação das competências de desempenho motoras e de interação, bem como de funções e estruturas do corpo. Para isso, foram utilizadas técnicas como a estimulação sensório-motora e a abordagem neuroevolutiva Bobath. Como arcabouço teórico, as intervenções foram respaldadas no Modelo de Ocupação Humana (MOH), na teoria do desenvolvimento

ocupacional e no documento Enquadramento da prática: domínio e processo da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2020).

O Modelo de Ocupação Humana (MOH ou MOHO) busca compreender as ocupações significativas e mantê-las de forma positiva através dos padrões de desempenho, ou seja, dos comportamentos ocupacionais. Para isso, trabalha com conceitos centrais relacionados à (KIELHOFNER et al, 2011):

- Volição: motivação para ocupação;
- Habituação: processo pelo qual as pessoas organizam/padronizam suas ações;
- Capacidades de desempenho: de que forma as capacidades físicas e mentais, ou demais funções sistêmicas, influenciam no decorrer do desempenho e como o ambiente intervém em todas essas capacidades internas dos indivíduos.

A partir disso, esse modelo visa não somente sustentar a participação ocupacional, mas também identificar informações sobre o cliente, observar limitações e executar o plano terapêutico ocupacional (KIELHOFNER et al, 2011).

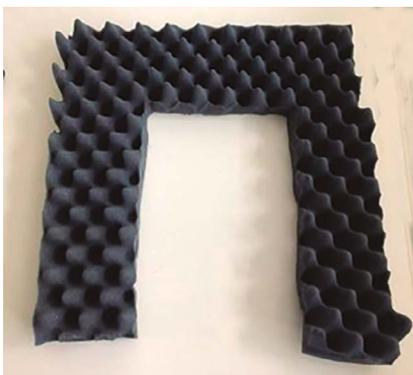
De acordo com Folha e Barba (2021), a teoria do desenvolvimento ocupacional é um novo paradigma que visualiza as atividades humanas pela ótica centrada nas ocupações. Uma visão ocupacional do desenvolvimento humano própria para terapeutas ocupacionais. Segundo a perspectiva ocupacional, a contínua e progressiva inserção em ocupações e as mudanças geradas por esse processo são fundamentais para o desenvolvimento humano.

O documento Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, pertence à Associação Americana de Terapia Ocupacional e reúne uma série de indicações que relacionam conceitos teóricos, práticos e éticos importantes ao exercício dessa profissão. Portanto, é um material que entrega aos estudantes, terapeutas ocupacionais e demais interessados, um suporte básico sobre conceitos,

conhecimentos e evidências que podem ser utilizados tanto para a formação quanto para o direcionamento das intervenções dessa categoria profissional, não se constituindo, portanto, um modelo estruturado para prática (AOTA, 2022).

Dentre os produtos das intervenções da residente e da preceptora, cita-se a confecção de tecnologia de posicionamento (coxim) e rolo para apoio de mãos e punho, ilustrados nas imagens abaixo. Esses recursos de tecnologia assistiva foram confeccionados para proporcionar padrão postural mais funcional, respeitando os estados de neutralidade das articulações, tendo em vista o imobilismo decorrente da patologia e o tempo passado no leito.

Figura 1- Coxim de posicionamento



Fonte: acervo pessoal dos autores (2022)

Figura 2- Coxim de posicionamento finalizado



Fonte: acervo pessoal dos autores (2022)

Para confecção desses recursos, procederam-se as seguintes etapas:

1. Avaliação e diagnóstico, conforme a necessidade demandada;
2. Contato com acompanhante e comunicação sobre a importância e os benefícios do uso, com o intuito de favorecer a adesão à utilização do recurso e de obter consentimento para sua implementação;

3. Posicionamento da criança em decúbito dorsal;
4. Mensuração da área de contato do corpo com o leito;
5. Identificação do padrão postural patológico (como identificado na figura 3);
6. Registro das medidas das seguintes regiões: abaixo dos ombros e acima do cotovelo (devido à altura do travesseiro de apoio cefálico) e a distância entre as cristas ilíacas e o alinhamento dessas com seu respectivo membro inferior e pés (posição que visa estimular a musculatura adutora de quadril e evitar o “pé caído”);
7. Mensuração de outra região, feita a partir de aproximadamente um palmo considerando a largura dos membros superiores e inferiores da criança, para confeccionar a largura do coxim de apoio e posicionamento desses membros.
8. Recolhimento de material (espuma de poliuretano) para confecção, com a equipe de enfermagem do setor;
9. Confeção do recurso propriamente dito, pela preceptora e residente. Esse processo ocorreu em torno de trinta minutos: primeiro foi realizado o corte e medidas (figura 1), para posteriormente gerar como produto o coxim (figura 2). Por fim, foi realizada reavaliação para posicionar a criança com o uso do recurso (figura 4) e verificar sua adequação; posteriormente, o responsável foi orientado quanto ao uso adequado da tecnologia.
10. Avaliação e diagnóstico, conforme a necessidade demandada;
11. Contato com acompanhante e comunicação sobre a importância e os benefícios do uso, com o intuito de favorecer a adesão à utilização

do recurso e de obter consentimento para sua implementação;

12. Posicionamento da criança em decúbito dorsal;
13. Mensuração da área de contato do corpo com o leito;
14. Identificação do padrão postural patológico (como identificado na figura 3);
15. Registro das medidas das seguintes regiões: abaixo dos ombros e acima do cotovelo (devido à altura do travesseiro de apoio cefálico) e a distância entre as cristas ilíacas e o alinhamento dessas com seu respectivo membro inferior e pés (posição que visa estimular a musculatura adutora de quadril e evitar o “pé caído”);
16. Mensuração de outra região, feita a partir de aproximadamente um palmo considerando a largura dos membros superiores e inferiores da criança, para confeccionar a largura do coxim de apoio e posicionamento desses membros.
17. Recolhimento de material (espuma de poliuretano) para confecção, com a equipe de enfermagem do setor;
18. Confeção do recurso propriamente dito, pela preceptora e residente. Esse processo ocorreu em torno de trinta minutos: primeiro foi realizado o corte e medidas (figura 1), para posteriormente gerar como produto o coxim (figura 2). Por fim, foi realizada reavaliação para posicionar a criança com o uso do recurso (figura 4) e verificar sua adequação; posteriormente, o responsável foi orientado quanto ao uso adequado da tecnologia.

Por sua vez, os rolinhos de posicionamento de punho e dedos (Figuras 5 e 6) foram confeccionados pela preceptora, também responsável pela aquisição do material utilizado.

Figura 3- Abdução de quadril e padrão flexor de dedos.



Fonte: acervo pessoal dos autores (2022).

Figura 4- Coxim para adução de quadris mais rolinho para posicionamento de punhos e dedos.



Fonte: acervo pessoal dos autores (2022).

Figura 5- Vista frontal do rolinho de posicionamento de dedos e punho



Fonte: acervo pessoal dos autores (2022).

Figura 6- Vista lateral do rolinho de posicionamento de dedos e punho



Fonte: acervo pessoal dos autores (2022).

CONCLUSÃO

A intervenção terapêutica ocupacional tem se mostrado cada vez mais importante e essencial no contexto das unidades pediátricas semi-intensivas, à medida que a atuação deste profissional envolve questões fundamentais para melhor desenvolvimento neuropsicomotor, qualidade de vida, além da prevenção de contraturas e deformidades durante o período de internação.

A inclusão da residência multiprofissional na unidade pediátrica de cuidados semi-intensivos pode favorecer a inserção qualificada de novos profissionais para o mercado de trabalho, conforme vivenciam o atendimento em cenários específicos, acompanhado de profissional atuante e mais experiente, o que possibilita uma visão mais crítica e reflexiva e baseada em evidências quanto às intervenções a serem realizadas.

Observou-se que, no decorrer da prática clínica no cenário pré estabelecido, houve amadurecimento na postura profissional da residente, que demonstrou maior segurança ao desenvolver novas habilidades para avaliação, estabelecer vínculo terapêutico com os pacientes e seus acompanhantes, assim como aperfeiçoar a visão crítico-reflexiva, empregar modelos de intervenção/abordagem e de atividades (de cunho sensorial, motores e percepto-cognitivos), conforme os objetivos terapêuticos de cada atendimento.

Ressalta-se que, neste setor, foi possível legitimar a importância do Terapeuta Ocupacional como profissional elementar na avaliação, indicação e confecção de tecnologias assistivas voltadas ao melhor posicionamento das estruturas corporais no leito e, conseqüentemente, à prevenção de contraturas e deformidades, assim como ao estímulo à manutenção da função.

Enquanto residente, foi possível ratificar a grande demanda pela assistência terapêutica ocupacional com esse público específico, já que todos possuem severas alterações,

tanto em estruturas e funções do corpo, quanto em competências de desempenho. Somado a isso, encontram-se em ambiente limitado e potencialmente nocivo para o engajamento ocupacional e desenvolvimento, fatores que, isoladamente, justificam a intervenção da Terapia Ocupacional.

Além disso, percebeu-se a valia da vivência dessa prática dentro do rodízio de cenários da residência, especialmente quanto ao processo de aprendizagem, raciocínio clínico, postura e formação do profissional residente, tendo em vista a gama de conhecimentos específicos e gerais requeridos e aprendidos para inserção em tal ambiente. No entanto, observa-se uma lacuna na formação político-pedagógica dessa categoria e talvez até em seu reconhecimento, por parte da equipe de saúde, pois a TO também busca manutenção das condições de saúde dos pacientes, mas não é possibilitado, na graduação, acesso a capacitações sobre suporte básico/avançado de vida e primeiros socorros.

Esta experiência de acompanhamento de intervenção também suscitou novas possibilidades de intervenção, não necessariamente vivenciadas, pelo pequeno período de prática, mas realizadas pelas preceptoras que estavam em acompanhamento neste campo de prática e visualizadas pela prática enquanto residente como: implementação de estratégias de comunicação alternativa, realização de grupos terapêuticos com as genitoras das crianças internadas, elaboração de tecnologias educativas para orientação sobre troca postural para evitar lesões por pressão nos pacientes atendidos.

Durante essa experiência de troca de conhecimento durante a prática, foi possível observar o processo de inquietação gerado junto às preceptoras da área, profissionais mais experientes que atuam como elo entre o ensino teórico e a prática profissional, atuando como facilitadoras do processo de aprendizagem, que foram a cada dia instigadas a sair da sua zona de conforto em busca de constan-

te atualização profissional, aperfeiçoando-se em metodologias ativas de ensino para maior troca de conhecimento e, conseqüentemente, prestação de melhor assistência.

Fica claro, nesse sentido, que a inserção da residência nesse setor traz inúmeros benefícios sob diversos pontos de vista, como aperfeiçoamento teórico-prático-profissional da residente, troca de experiência com as preceptoras e busca de novas formas de atualização profissional, além da execução de melhor e mais qualificada assistência junto ao público pediátrico em um setor de internação de cuidados semi-intensivos.

Ressalta-se a necessidade da publicação de mais estudos na área, em vista do compartilhamento de experiências, discussão de melhorias e novas propostas de intervenções, reafirmando a importância da expansão da atuação da categoria profissional de Terapia Ocupacional na área de cuidados semi-intensivos pediátricos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marcele *et al.* Conduta da Terapia Ocupacional na Promoção da Qualidade de Vida aos Portadores da Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne. Científico nacional *in*: VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Vol. 1, pp.309-309, . **Resumo**. Porto Alegre, BRASIL, 2001. Disponível em: <http://www.distrofiamuscular.net/to.htm>.

ANICETO, Bárbara; BOMBARDA, Tatiana Barbieri. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 640-660, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/kjM8VZk3WVTBNstQbQcZ8fq/?format=pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL **AOTA**: Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo. 2020. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/103886315/aota-2020-traduzida-portugues-terapia-ocupacional>. Acesso em: 03 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N° 7 de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução n° 445/2014 altera a Resolução-COFFITO n° 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**: n° 203, Seção 1, p. 128-132, 21 out 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3209>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CRM. Resolução n° 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. **Diário Oficial da União**, seção: 1, p, 90, abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Formação acadêmica do terapeuta ocu-

pacional. **CREFITO 16**. [s.d]. Disponível em: <http://crefito16.gov.br/site/index.php/terapia-ocupacional/formacao-academica/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

CHRUN, Lucas Rossato et al. Atrofia muscular espi-
nhal tipo I: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revis-
ta de Medicina**, v. 96, n. 4, p. 281-286, 2017. Dispo-
nível em: [https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/
view/116499/136816](https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/116499/136816). Acesso em: 07 fev. 2022.

EMÍLIO, A. et al. Miopatia Miotubular Ligada ao Cro-
mossoma X-Caso Clínico. **Acta** Portuguesa de Pedia-
tria. 2006. Disponível em: [https://pjp.spp.pt/article/
view/4794/3597](https://pjp.spp.pt/article/view/4794/3597). Acesso em: 08 fev. 2022.

FERREIRA, Ana Karolina; SANTOS, Tâmyssa Simões. O
Uso das Tecnologias nas Unidades de Terapia Intensiva
para Adultos pela Equipe de Enfermagem: Uma Revisão
Integrativa/The Use of Technologies in the Adult Intensive
Care Unit by the Nursing Team: an Integrative Review. **re-
vista de psicologia**, v. 14, n. 51, p. 250-261, 2020. Dispo-
nível em: [https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/
view/2546](https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2546). Acesso em: 15 mar. 2022.

FOLHA, Débora Ribeiro da Silva Campos; BARBA, Patricia
Carla de Souza. Subsídios da perspectiva ocupacional para
a abordagem ao desenvolvimento infantil. **Revista Interins-
titucional Brasileira de Terapia Ocupacional, revisbrato**,
v. 5, n. 4, p. 647-655, 2021. Disponível em: [https://scho-
lar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:y9X4KfYCE-
VAJ:scholar.google.com/+SUBS%C3%8DDIOS+DA+PERS-
PECTIVA+OCUPACIONAL+PARA+A+ABORDAGEM+AO+-
DESENVOLVIMENTO+INFANTIL&hl=pt-BR&as_sdt=0,5](https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:y9X4KfYCEVAJ:scholar.google.com/+SUBS%C3%8DDIOS+DA+PERSPECTIVA+OCUPACIONAL+PARA+A+ABORDAGEM+AO+DESENVOLVIMENTO+INFANTIL&hl=pt-BR&as_sdt=0,5).
Acesso em: 08 fev. 2022.

FRANCO, Mariana; KUDO, Aide Mitie. Diagnóstico situa-
cional e intervenções de terapia ocupacional em unidade
de terapia intensiva onco-hematológica pediátrica. **Revis-**

ta Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. v. 6, n. 1, p. 109-116, 2018. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/1949/pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

HASSUI, M. K. Doenças neuromusculares. *In*: TEIXEIRA, E. et al.

Terapia Ocupacional na Reabilitação Física. São Paulo: Roca, 2003. p. 407-428.

KIELHOFNER, Gary et. al. O modelo de ocupação humana. *In*: CREPEAU, Elizabeth. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional décima primeira edição.** Guanabara Koogan, 2011. p 452-67.

MCMILLAN, HJ et al. Carga da atrofia muscular espinhal (AME) em pacientes e cuidadores no Canadá. **Revista de doenças neuromusculares**, Pré-impressão, pág. 1-16, 2021. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33749617/#:~:text=Background%3A%20Spinal%20muscular%20atrophy%20\(SMA,and%20caregivers%20is%20not%20known](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33749617/#:~:text=Background%3A%20Spinal%20muscular%20atrophy%20(SMA,and%20caregivers%20is%20not%20known). Acesso em: 06 fev. 2022.

OLIVEIRA, Ana Cláudia Santos Silva.; CAVALCANTE, Milady Cutrim Vieira. Intervenção da terapia ocupacional junto à criança hospitalizada: uma revisão de literatura/occupational therapy intervention with the hospitalized child: A literature review. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/233151632.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

PRIOR, Thomas; LEACH, Meganne; FINANGER, Erika. **Spinal muscular atrophy.** GeneReviews. University of Washington, Seattle, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1352/>. Acesso em: 06 fev. 2022.

SIMONATO, Mariana Pereira; MITRE, Rosa Maria de Araujo; GALHEIGO, Sandra Maria. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/tXxwwwHsRD-MGp4Qjz5S8TMq/?lang=pt>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SOUZA, Lucas Santos. **Miopatia miotubular: diagnóstico molecular e aconselhamento genético em famílias brasileiras**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/41/41136/tde-10062019-090112/publico/LucasSantoseSouzaTeseOriginal.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2022.

**A GAMETERAPIA COMO FERRAMENTA
PARA A REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS
ADULTOS COM DESORDENS NEUROLÓGICAS:
UMA EXPERIÊNCIA COM INDIVÍDUOS COM
DOENÇA DE PARKINSON**

*Alna Carolina Mendes Paranhos
Pâmela Renata Gomes da Silva
Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Taila Cristina Bastos Cavalcante*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que produz uma diminuição gradual da capacidade funcional, aumenta a dependência do idoso e, muitas vezes, resulta na sua institucionalização. Schewtschik *et al.* (2019), afirmam que os idosos atualmente representam 10% da população brasileira, sendo que, em 2040, estima-se que essa porcentagem aumente para 27% (IBGE, 2016). Com o aumento da população idosa ocorre a formação de um novo perfil epidemiológico, trazendo consigo um risco crescente de doenças como a de Parkinson.

A Doença de Parkinson (DP) possui característica neurodegenerativa e tem como critério para diagnóstico a presença de dois ou mais sintomas motores, sendo eles: tremor de repouso, bradicinesia, instabilidade postural e rigidez muscular (SILVA *et al.*; 2019). Além disso, a maioria dos pacientes com DP apresenta ao menos um Sintoma

Não Motor (SNM), sendo os mais prevalentes: as alterações sensoriais, de humor, no sono e disfunções autonômicas (SCHAPIRA; CHAUDHURI & JENNER, 2015; MUNHOZ *et al.*, 2017).

Essas características são determinantes para os prejuízos nas ocupações dos indivíduos com Parkinson e são nesses aspectos que a Terapia Ocupacional irá centrar-se, visto que ela é definida como uma área voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou doenças adquiridas (COFFITO, 2018). Com isso, é notório que a intervenção dos terapeutas ocupacionais na Doença de Parkinson baseia-se em amenizar esses efeitos sobre a vida funcional e/ou psicossocial desses indivíduos, tendo como um dos focos o impacto sobre as atividades da vida diária (MONZELI; TONIONO; CRUZ, 2016).

Em consonância, o foco das intervenções da terapia ocupacional está nos déficits motores, no autocuidado básico, em questões cognitivas e psicossociais e em atividades das áreas de ocupação, como por exemplo, nas atividades instrumentais de vida diária, trabalho e participação social (FOSTER; BEDEKAR; TICKLE-DEGNEN, 2014).

Observou-se que uma das evidências dos resultados alcançados no estudo de Mendes (2012) sugere que pessoas com DP, mesmo com habilidades prejudicadas pela doença, podem apresentar mudanças positivas no desempenho por meio do treino com jogos.

Segundo os autores supracitados, o terapeuta deve proporcionar meios específicos para que o usuário sintasse motivado mediante feedback positivo durante as ações bem-sucedidas no jogo. Em concordância com esse estudo, Fiusa e Zamboni (2018) enfatizam que a realidade virtual para o tratamento da doença de Parkinson tem-se mostrado benéfica em diversos aspectos, pois envolve a

possibilidade de incluir o indivíduo em ambientes que simulam objetos e eventos reais.

A GAMETERAPIA OU REALIDADE VIRTUAL

Na década de 50, após a Segunda Guerra Mundial, os simuladores de voo utilizados pela Força Aérea Americana foram descritos como o primeiro projeto de Realidade Virtual (RV). Já em 1962, essa tecnologia foi patenteada e divulgada por Morton Heilign na indústria de entretenimento, sendo popularizada para comercialização na década de 80 através de Jaron Lanier (MONTEIRO, 2011; SCHIAVINATO, 2011; LIMA *et al.*, 2017).

A Realidade Virtual ou Gameterapia (DIAS *et al.*, 2017) propagou-se pela capacidade de ser utilizada em diversos outros setores. Inicialmente para o lazer, perpassando pelas áreas da educação e saúde, onde os jogos virtuais são utilizados no tratamento de diversas patologias, visto especialmente na reabilitação e propostas de intervenções lúdicas (MONTEIRO, 2011; SCHIAVINATO, 2011).

Já a denominação Gameterapia surgiu em 2006, no Canadá, sendo caracterizado como tratamento em saúde e realizado com a utilização de videogames. Assim, a tecnologia com essa terminologia passou a ser utilizada no Brasil em meados de 2007 (FIDELES; DA CUNHA; PEREIRA, 2021).

Em geral, nas sessões de Gameterapia, o jogo é projetado por meio de um dispositivo eletrônico no qual é transmitido para uma tela, de modo que o paciente veja um boneco virtual (chamado de avatar) que irá reproduzir os comandos e as ações realizadas pelo jogador (FRANÇA; MARTINS, 2014).

Os sistemas de realidade virtual podem ser classificados como imersivos e não-imersivos, sendo descritos no quadro a abaixo:

Quadro 1 - Comparação entre Realidade Virtual Imersiva e Realidade Virtual Não-Imersiva.

	Realidade Virtual Imersiva	Realidade Virtual Não-Imersiva
Características	Abrange uma simulação em três dimensões na interação entre humano e computador.	O usuário é transportado de maneira parcial para o ambiente virtual, mas continua sentindo-se prevalentemente no mundo real.
Navegação	Egocêntrica: o sujeito é rodeado pelo ambiente.	Exocêntrica: onde o usuário está fora do ambiente.
Dispositivos	Capacetes, óculos, fones de ouvido, luvas. O objetivo é captar movimentos e gerar sensações a eles, promovendo experiência de presença dentro do mundo virtual.	Monitor comum ou um console, mouse, joystick, teclado. O objetivo é permitir a manipulação do ambiente virtual.

Fonte: Holden; Dyar, 2002; Kozhevnikov; Gurlitt, 2013; Santana et al., 2015; Cikajlo; Potisk, 2019.

No que concerne à realidade virtual na área da saúde, é necessário evidenciar e compreender sobre os diferentes consoles (equipamento no qual o sistema de jogo está armazenado), pois esses são os responsáveis pela interação direta do usuário com o jogo específico escolhido (REIS, 2005).

A elevada despesa de alguns sistemas de realidade virtual limita seu uso em centros de pesquisa. Como resultado, o uso de videogames comerciais vêm como uma alternativa mais acessível, portátil e simples de usar, sendo assim estudados como tratamento (MENDES *et al.*, 2015).

Em 2006, foram lançados o console Wii para jogos da Nintendo™ e o Playstation 3® pela Sony, e ao final de 2010, o Xbox 360 Kinect® pela Microsoft. Desde então, a tecnologia tornou-se mais amplamente utilizada na reabilitação de pacientes (MENEZHINI *et al.*, 2016; ALVES *et al.*, 2018). Dentre os consoles mais utilizados em sessões terapêuticas, destacam-se o Nintendo Wii® e o Xbox 360 Kinect®. Esses têm obtido resultados significativos na reabilitação (DE OLIVEIRA; FORNAZZA; DE SOUSA, 2018).

Nintendo Wii

O videogame Nintendo Wii® possui tecnologia de recebimento dos movimentos dos usuários por meio de acelerômetros, emissores e receptores de sinal infravermelho que identificam mudanças de direção, velocidade e aceleração dos movimentos. Dispõe ainda do Wii Balance Board, plataforma composta por sensores que captam as direções dos deslocamentos de peso dos jogadores (POMPEU; POMPEU, 2011).

Este console se destaca na área da medicina de reabilitação pela propriedade de simulador da realidade, principalmente pelo jogo Wii Fit Plus® e do acessório Balance Board®, que tem reconhecimento em suas características de segurança e eficácia na evolução positiva de pacientes com alteração de equilíbrio em diversos estudos já realizados (BARCALA *et al.*, 2011).

Dentre os jogos desse console estão os que retratam atividades esportivas como boliche, golfe, tênis, boxe, baseball e modalidades pertencentes ao software Wii Fit Plus® (POMPEU; POMPEU, 2011). Jogos como Wii sport são comumente utilizados para o desenvolvimento de habilidades motoras (SANTOS *et al.*, 2019). A plataforma Wii Fit™ também dispõe dos seguintes jogos: Penguin Slide, Table Tilt, Soccer Heading, Tilt City, Rhythm Parade (RAMOS *et al.*, 2016).

X-box 360 Kinect

Lançado pela Microsoft em 2010 nos Estados Unidos, a plataforma de videogame X-box 360 Kinect® é contemplada por um sistema de câmeras apto a absorver dados sobre a profundidade dos movimentos alcançados pelo jogador, bem como de realizar o reconhecimento facial do indivíduo que está em frente ao console (JAIME *et al.*, 2016; RIBEIRO; KALIL FILHO; VOJCIECHOWSKI, 2021).

Esse console possui os pacotes Kinect Adventures e Kinect Sports, compostos por jogos que demandam do paciente deslocamento corporal lateral, movimento dos membros superiores, transferência de peso entre os membros, agachamentos, saltos e inclinações de tronco, e, portanto, reações de equilíbrio. Os jogos apresentam obstáculos no decorrer das etapas, proporcionando aumento do grau de dificuldade do jogador em executar as tarefas (JAIME *et al.*, 2016; CERQUEIRA *et al.*, 2020; RIBEIRO; KALIL FILHO; VOJCIECHOWSKI, 2021).

O Kinect Sports (Xbox 360) permite praticar diversos esportes, sendo eles: futebol americano, golfe, esqui, tênis, boxe, dardos, beisebol, boliche, atletismo, tênis de mesa, vôlei de praia e basquete sem a necessidade de controles. Já “Shape Up” (Xbox One) é um jogo de realidade aumentada que apresenta vários desafios rápidos e divertidos de 90 segundos em pares que usam exercícios para membros superiores e inferiores (VAGHETTI *et al.*, 2019).

O pacote Adventures viabiliza diversos jogos e dentre as opções encontram-se os seguintes: Space Pop, visando do avatar o toque rápido de uma esfera virtual através do movimento do braço e do movimento do centro de gravidade (CG); 20.000 vazamentos, esse objetivando mover partes do corpo para tapar buracos nos cubos evitando assim vazamentos; River Rush possibilita o controle pelo deslocamento do jogador para tocar os alvos virtuais no percurso do rio (MENDES *et al.*, 2015).

Dentre as possibilidades de jogo para Xbox, pode-se encontrar o Fruit Ninja Kinect. Ele apresenta uma atividade de corte de frutas na qual os braços e mãos do participante simulam uma lâmina capaz de cortar a fruta que aparece na tela do jogo. Ele possui modo clássico, zen e arcade. Em algumas modalidades, uma partida completa pode chegar a 60 segundos (DIAS *et al.*, 2018).

O jogo Just Dance, disponível para Xbox 360 e Xbox One, consiste em coreografias com pictogramas ocasionais representando posições específicas que os jogadores devem executar e, portanto, imitar um dançarino virtual. No Xbox 360 é possível que quatro pessoas joguem, já no Xbox One, até seis jogadores simultaneamente (VAGHETTI *et al.*, 2019).

SINTOMAS MOTORES (SM) E SINTOMAS NÃO MOTORES (SNM) DA DOENÇA DE PARKINSON E A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL.

Como já destacado, a doença de Parkinson (DP) é multissistêmica e se caracteriza por um conjunto de Sintomas Motores (SM) e Sintomas Não Motores (SNM). Por conta disso, atualmente, as melhores práticas diagnósticas recomendam a combinação entre a identificação de alguns dos principais SM, rastreamento e avaliação dos SNM que, inclusive, podem ocorrer anos antes do aparecimento das primeiras alterações motoras (CHAUDHURI, 2006).

Dentre os sintomas motores podemos elencar distúrbios como: bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural (CABREIRA; MASSANO, 2019). Enquanto os SNM mais relatados incluem: hiposmia (redução do olfato), desordem do sono (principalmente no sono REM), transtornos do humor (ansiedade e depressão), desordens neuropsiquiátricas (psicoses e alucinações), apatia, fadiga, disfunções autonômicas, perda de peso, déficit cognitivo e demência (SCHAPIRA; CHAUDHURI & JENNER, 2015; MUNHOZ *et al.*, 2017).

SINTOMAS MOTORES (SM) DA DOENÇA DE PARKINSON

O **Tremor de Repouso** identifica-se por movimentos involuntários e rítmicos com frequência entre 4 – 6Hz. Observa-se, geralmente, um tremor com fricção repetida do polegar e indicador ou pill-rolling (semelhante ao ato de contar moedas). O tremor surge como sintoma inicial da DP em cerca de metade dos pacientes e está presente em aproximadamente 70 a 80% dos casos, chegando a 100% com o avançar da doença. O indivíduo com DP pode apresentar também tremor nos membros inferiores, na língua e mandíbula.

A **Bradicinesia** descreve a redução progressiva da amplitude e da velocidade dos movimentos e costuma ser descrita pelos pacientes como “fraqueza”, “incoordenação” e “cansaço”. Está presente no início da DP em aproximadamente 80% dos casos. A **Rigidez** é representada pelo aumento do tônus muscular, onde a resistência na movimentação passiva dos membros persiste ao longo de todo o movimento. Geralmente manifesta-se unilateralmente, do mesmo lado do tremor e raramente progride para o lado contralateral e permanece assimétrica em toda a doença.

Quanto às **Alterações Posturais** e da **Marcha**, pode-se observar postura tipicamente fletida que pode variar de alterações discretas até a flexão pronunciada do tronco. A marcha é lenta, com base de sustentação estreita e passos curtos. Pode-se observar ainda a festinação (sucessão muito rápida de passos) e bloqueios da marcha (freezing of gait). A **Instabilidade Postural** (comprometimento dos reflexos posturais causando a sensação de desequilíbrio) costuma ocorrer nas fases tardias da doença (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020).

Chou (2020) refere ainda a presença de outras características motoras manifestadas na região craniofacial como: a Hipomimia (diminuição da taxa de piscada espontânea nos olhos), Comprometimento da fala (disartria, hi-

pocinética, hipofonia e palilalia) Disfagia e Sialorreia. Cita ainda alterações musculoesqueléticas como: Micrografia, Distonia, Mioclonias, Camptocormia, Síndrome de Pisa, Cifose, Escoliose, entre outras.

SINTOMAS NÃO MOTORES (SNM) DA DOENÇA DE PARKINSON

Estudos sugerem que a quase totalidade dos pacientes de DP apresentam ao menos um destes sintomas, sendo os mais prevalentes os distúrbios sensoriais, neuropsiquiátricos e do sono.

A **Hiposmia** (diminuição do olfato) ou **Anosmia** (perda total do olfato) ocorre entre 70% a 90% dos pacientes DP, acometendo usualmente as duas narinas e não flutuando durante os estágios “on” e “off” da doença. O Déficit Olfativo (DO) já é considerado um sinal precoce e um “precursor dos sinais motores” da DP e está fortemente associado ao declínio cognitivo e quadros demenciais.

Alterações visuais na DP são relativamente comuns e podem acometer até 78% dos pacientes. Dentre as queixas mais frequentes estão as alucinações visuais e a diplopia (visão dupla) que tendem a piorar de acordo com a progressão da doença. As alucinações visuais na DP aparentam ter correlação com disfunções perceptuais, executivas e de sono. Tratamentos farmacológicos, especialmente agonistas de dopamina, estão associados ao aumento do risco de desenvolver alucinações visuais, sugerindo o envolvimento de sinais dopaminérgicos na sua ocorrência.

Os **Transtornos de Ansiedade** chegam a afetar 60% dos pacientes com DP e englobam episódios de ansiedade generalizada (apreensão, medo e angústia), ataques de pânico e fobias sociais. Mulheres, pacientes jovens (DP precoce) e em estágios avançados da doença são mais afetados pelos transtornos de ansiedade. Evidências apontam também que o grau da ansiedade aumenta com as

flutuações motoras e podem ser associadas aos períodos de baixa de dopamina, início do período “off” ou *freezing*. A ansiedade frequentemente também está associada com quadros de depressão e podem ocorrer anos antes do início dos sintomas motores da DP, sugerindo que esse sintoma pode ter sua causa de base fora da rede nigroestriatal.

A **depressão** é clinicamente significativa em cerca de 35% dos pacientes e frequentemente envolve apatia e anedonia. Estudos apontam uma correlação positiva com a duração da doença, severidade dos sintomas motores e dosagem das medicações dopaminérgicas. Além disso, declínio cognitivo e demência, episódios psicóticos, ansiedade, distúrbios do sono e disfunções autonômicas aumentam o risco de depressão, indicando-a assim na DP como um fenômeno complexo que pode ser consequência da patologia em si e uma reação ao quadro de incapacidade ou a combinação deles.

Declínio Cognitivo e Demência são mais prevalentes nos estágios tardios da DP e estimativas apontam que cerca de 83% dos pacientes são afetados por algum grau de déficit cognitivo ao longo da evolução da doença. Esses indivíduos apresentam como sintomas dominantes a bradicinina e a rigidez. Os sinais tardios de demência são caracterizados por comprometimento nos domínios da viso-construção, abstração, memória semântica e episódica.

A presença de comprometimento cognitivo ou demência está associada a maior dependência funcional, piora na qualidade de vida, necessidade de cuidados mais intensivos e aumento do risco de mortalidade. Assim, o início e a progressão do comprometimento cognitivo na DP têm uma influência importante no manejo e prognóstico do paciente.

Distúrbios do sono e sonolência diurna podem afetar mais da metade dos pacientes com DP e a exemplo

da disfunção olfativa já é estabelecido como um sintoma pré-clínico, com uma média de 12 anos de intervalo entre o início do sintoma e o diagnóstico.

A gravidade dos distúrbios do sono tende a acompanhar a evolução da doença e incluem insônia, que pode ser relacionada à doença ou medicamentosa, fragmentação do sono, despertares frequentes e prolongados, movimentos periódicos dos membros, síndrome das pernas inquietas e distúrbios no sono REM.

Além disso, é frequente a descrição dos movimentos associados ao conteúdo onírico e comportamento agressivo. Como o conteúdo onírico nesses casos tende a envolver situações conflituosas, geralmente ocorre a interrupção do sono do paciente e/ou de seu companheiro de cama, que ocasionalmente são vítimas de danos físicos.

Distúrbios do sono também estão associados a piores escores de instabilidade postural e marcha, menor resposta motora à levodopa, maior frequência de hipotensão ortostática e déficit de percepção visual de cores. Do ponto de vista comportamental está associado a sonhos vívidos e alucinações visuais, sendo um sinal de alerta para a ocorrência de demência.

Disfunções Autonômicas são comuns na DP e apesar de preceder os sintomas motores, sua prevalência aumenta com a progressão da doença. Dentre as disfunções mais reportadas pelos pacientes estão as que envolvem sistema urinário, gastrointestinal e cardíaco.

A Disfunção Urinária na DP inclui nuctúria, aumento da frequência e urgência em urinar, que por sua vez está associada a uma hiper-reflexia da bexiga. Acredita-se que a hiper-reflexia da bexiga na DP esteja relacionada à perda do papel inibitório dos gânglios da base.

Já a **Disfunção Gastrintestinal** acomete toda a extensão do trato gastrointestinal na DP e inclui salivação excessiva, disfagia, distúrbios gástricos, esvaziamento,

constipação e defecação prejudicada. A causa da disfunção gastrointestinal não é bem compreendida e pode envolver alterações patológicas e bioquímicas extrínsecas e intrínsecas.

A **Disfunção Cardíaca** pode ocorrer em até 80% dos pacientes e engloba hipotensão ortostática e casos de hipertensão. Estudos envolvendo monitorização da pressão arterial desta população evidenciaram alterações no perfil pressórico e hipertensão supina na DP associada a danos em órgãos-alvo, bem como a um risco aumentado de acidente vascular cerebral e eventos cardiovasculares. As flutuações da resposta motora na DP também podem afetar a função cardiovascular e os períodos de repouso estão associados à hipertensão, maior frequência cardíaca de repouso e maior queda ortostática da pressão arterial.

A INTERFERÊNCIA DOS SINTOMAS MOTORES E NÃO MOTORES DA DOENÇA DE PARKINSON SOBRE O DESEMPENHO OCUPACIONAL

Os sintomas motores e não motores da doença de Parkinson interferem diretamente no desempenho de atividades cotidianas. Esse desempenho é o principal alvo da prática do Terapeuta Ocupacional.

De acordo com a AOTA (2020), as ocupações são centrais para um cliente (pessoa ou grupo de pessoas) e têm um significado e valor particular para ele.

Na terapia ocupacional, ocupações referem-se ao cotidiano, atividades que as pessoas fazem como indivíduos, em famílias, e com comunidades, para ocupar o tempo e trazer significado e propósito para a vida. Ocupações incluem coisas que as pessoas precisam fazer ou que são esperados que ela faça (AOTA, 2020, p.7 - tradução livre).

Os distúrbios motores da DP levam o indivíduo acometido a vivenciar um declínio funcional que interfere di-

retamente no desempenho das suas atividades cotidianas, podendo resultar na redução ou perda da independência e comprometer assim sua qualidade de vida (ZEIGELBOIM *et al.*, 2019).

Murdock, Cousins e Kernohan (2015) mostram que a DP afeta significativamente a capacidade de envolvimento em uma ocupação. Lee *et al.* (2016) ressaltam que os indivíduos com DP podem apresentar dificuldades na execução das atividades de vida diária, especialmente para as tarefas que exigem coordenação e equilíbrio. Já Silva *et al.* (2021), salientam que a bradicinesia é descrita como a principal causa da incapacidade dos pacientes com DP.

Nickel *et al.* (2010) avaliaram o desempenho de indivíduos com DP por meio da Medida de Desempenho Ocupacional Canadense (MDOC) e posteriormente realizaram a classificação das atividades comprometidas nos domínios da CIF. Verificaram que a Vida Comunitária Social e Cívica constituiu-se como o domínio mais deficitário, em especial a atividade de socialização. Os autores salientam ainda que “essas atividades são desempenhadas de forma espontânea pelos sujeitos como forma de ocupação significativa e importante” (p. 15). Além da vida comunitária, também foi possível observar na pesquisa citada dificuldades em atividades de cuidados pessoais como o lavar-se e vestir-se.

Os autores citados acima lembram ainda das diferentes fases de funcionalidade denominadas de fase “on” e “off” e ressaltam a possível interferência da medicação sobre a periodicidade dessas fases:

Além disso, o uso contínuo da medicação para tratamento da DP, sobretudo a levodopa, traz consigo diminuição na periodicidade entre as fases “on” e “off”, caracterizando etapas rápidas de funcionalidade e etapas longas de incapacidade, com efeitos colaterais devastadores, gerando um maior

sentimento de incapacidade e resignação, conscientes da sua condição de saúde (NI-CKEL et al., 2010, p.16).

A exemplo dos sintomas motores, os não motores geram grandes prejuízos nas ocupações e envolvimento em atividades significativas dos pacientes com DP, e em estágios mais tardios da doença tendem a ser mais incapacitantes e desgastantes para o indivíduo e suas famílias. Isso se deve em parte pelas próprias características desses sintomas, que de forma isolada, já ocasionam grandes prejuízos funcionais como a ansiedade, depressão e demência, pelo fato de boa parte deles não responder à terapia medicamentosa e, muitas vezes, até ser exacerbada pelo seu uso, como é o caso da psicose (BUGALHO *et al.*, 2016).

O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL NA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO JUNTO AOS INDIVÍDUOS COM DP E AS CONTRIBUIÇÕES DA GAMETERAPIA.

Ao intervir junto aos indivíduos com DP, o terapeuta ocupacional pode lançar mão de vários recursos e técnicas, assim como fazer uso de diferentes instrumentos de avaliação. Quanto a esses instrumentos, existem protocolos específicos da Terapia Ocupacional que podem auxiliar o profissional na identificação das principais demandas do paciente, assim como mensuram o impacto da intervenção, como a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) (BASTOS; MANCINI; PYLÓ, 2010).

Relacionado aos protocolos gerais, utilizados por diferentes profissionais de saúde, destaca-se alguns que podem ser essenciais para a classificação do estágio da doença, como a Escala de Hoehn & Yahr (BAPTISTA *et al.*, 2019) ou da qualidade de vida, como: o Questionário da Doença de Parkinson (PDQ 39) (MILIATTO *et al.*, 2021) e o Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson (PDQL) (CAMPOS, 2010).

Destaca-se ainda a Escala Unificada de Classificação da Doença de Parkinson (UPDRS) que avalia aspectos motores e não motores da vida diária, avaliação motora e complicações motora (VIEIRA, 2018; GOETZ, 2010), e por fim, o Teste de avaliação dos membros superiores em idosos (TEMPA) ou Test d'Évaluation des Membres Supérieurs de Personnes Âgées, um instrumento que avalia as limitações da atividade dos Membros Superiores (VIEIRA, 2018).

Existem ainda os instrumentos de avaliação que não de uso exclusivo para indivíduos com DP, mas que podem ser úteis na avaliação de Habilidades de desempenho, como a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), que avalia o equilíbrio dinâmico, estático e risco de quedas; Escalas que avaliam Categorias de Ocupação, como a Independência em Atividades de Vida de Diária (AVDs), onde encontramos a Escala de Katz (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO. 2007, ALMEIDA *et al.*, 2017) e o Índice de Barthel (MINOSSO *et al.*, 2010); Escalas para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), como a Escala de Lawton & Brody (BORGES *et al.*, 2019).

No que tange aos protocolos utilizados na avaliação e monitoramento dos SNM, são escassos os instrumentos de avaliação específicos, sendo o mais utilizado a Parte II do UPDRS que trata dos Aspectos Motores e Não Motores das Experiências da Vida Diária (ARAGON e KING, 2015). Sendo também recomendado a utilização de instrumentos específicos para o rastreio de alterações cognitivas, como Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Transtorno de Humor, onde podemos destacar a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e Escala Becker e alterações de sono por meio do Índice de Gravidade da Insônia (IGI) (LYONS, PAHWAN, 2011).

Quanto a intervenção terapêutica ocupacional na DP, Faria (2007) ressalta que de acordo com a fase da doença e com os desejos do paciente, deve-se incluir a

reorganização da rotina, a estimulação da socialização, o treino da coordenação motora fina e global, assim como atividades que melhorem a estabilidade postural. Pode-se ainda realizar a indicação de equipamentos de segurança.

Almeida e Cruz (2009) aludem que a intervenção terapêutica ocupacional em indivíduos com Doença de Parkinson visa a prevenção e redução das perdas funcionais e do nível de dependência, por meio de dispositivos tecnológicos, mudanças ambientais e técnicas adaptadas. Ressaltam ainda que as sessões podem incluir atividades voltadas para capacidades remanescentes e aquelas que exercitem a coordenação motora, a função manual e a respiração promovam o relaxamento, assim como a estimulação cognitiva e as adaptações ambientais.

Foster, Bedekar e Tickle-Degnen (2014), por meio de uma revisão sistemática da literatura, apontaram três categorias de intervenção. A primeira diz respeito ao uso de exercício ou atividade física; a segunda categoria de intervenção são as pistas, estímulos e objetos ambientais, e por fim, a terceira diz respeito ao uso de estratégias de autogestão e cognitivo-comportamental.

Para Monzeli, Toniono e Cruz (2016), a redução dos efeitos da DP sobre a vida funcional e/ou psicossocial dos indivíduos é papel do terapeuta ocupacional e esse deve ainda ter como um dos focos o impacto sobre as atividades da vida diária.

Abordando especificamente os SNM da DP, um manual de boas práticas em Terapia Ocupacional publicado no Reino Unido por Aragon e King (2015) lista uma série de recomendações que podem ser utilizadas para o manejo dos sintomas a saber: (1) rastreio quanto ao comprometimento cognitivo por meio de avaliação funcional e/ou padronizada; (2) monitoramento de alterações emocionais e neuropsiquiátricas por de estratégias de comunicação, observação e vínculo com familiares e/ou cuidadores; (3) Uso

de técnicas de gerenciamento de ansiedade e relaxamento, seja individualmente ou em grupo; (4) Uso de estratégias para compensar déficits cognitivos específicos destacadas na avaliação; (5) Orientações a pessoa com Parkinson e todos os familiares e/ou cuidadores sobre a causa e o gerenciamento de déficits cognitivos, emocionais e neuropsiquiátricos (6) E encaminhamento para outros profissionais e rede de apoio em relação ao manejo desses sintomas.

Diante desse contexto desafiador, o papel da equipe multiprofissional tem sido cada vez mais reconhecido no controle dos sintomas da DP. Em especial, os terapeutas ocupacionais têm atuado diretamente no controle dos sintomas neuropsiquiátricos e emocionais com o objetivo de manter o bem-estar, qualidade de vida e participação social dessa população (ARAGON e KING, 2015).

Nas intervenções, o terapeuta ocupacional pode ainda fazer uso de recursos como a Realidade Virtual ou Gameterapia. Alguns jogos são usados na reabilitação do paciente, a fim de melhorar sua função motora, especialmente aqueles relacionados com o escopo dos programas de realidade virtual (RV). Esses jogos são divertidos e interativos, com recursos que incentivam o usuário a melhorar seu desempenho através da repetição (SANTOS *et al.*, 2019).

Ainda sobre a RV, Vieira (2019, p.13) ressalta: “Jogos interativos baseados na realidade virtual (RV) têm recentemente atraído a atenção devido ao seu potencial como ferramenta terapêutica, fornecendo uma visão pragmática, forma sustentável e envolvente de exercícios terapêuticos”.

A RV ou Gameterapia exige dos usuários movimentos e habilidades motoras similares aos executados nos mais variados esportes, exercícios físicos e atividades cotidianas (MONTEIRO JUNIOR *et al.*, 2012). Pode-se trabalhar a mobilização de cintura pélvica, percepção de centro de gravidade, transferência de peso, equilíbrio, ajustes

posturais, coordenação motora, deslocamento ântero-posterior e látero-lateral, rotação de tronco, marcha e força muscular de membros inferiores (SILVA; MARCHESE, 2015). Ademais, pode-se estimular também os membros superiores, uma vez que trabalha movimentos de extensão e flexão do cotovelo e movimentos de antebraço, dentro do arco funcional (CARDOSO, 2016).

Corroborando com os estudos que referem benefícios ao equilíbrio mediante a RV, Leão *et al.* (2017) enfatizam que o tratamento com realidade virtual por meio do videogame XBOX 360° da Microsoft, com utilização dos jogos adaptados para a reabilitação, pode trabalhar os membros superiores, proporcionar a manutenção do controle postural e, conseqüentemente, do equilíbrio.

A pesquisa de Vieira (2019) mostrou melhoria funcional dos membros superiores, especialmente na velocidade de movimento em pacientes com DP (estádios 2-3 Hoehn e Yahr) submetidos ao treinamento físico baseado em RV não-imersiva. Confirmando essa pesquisa, o estudo de Silva *et al.* (2019) mostrou que o treino com RV não imersiva melhorou e/ou manteve o aprendizado motor, a agilidade manual e a destreza manual. Os autores enfatizam que esses aspectos podem repercutir nas ocupações (AVD e AIVD) dos participantes, mesmo para aqueles que se encontram nos estágios mais avançados da DP.

Estudos envolvendo a avaliação do impacto do uso da Gameterapia no SNM da DP em comparação a terapias convencionais ainda são escassos e inconclusivos. No entanto, os resultados sugerem benefícios em sintomas como apatia, fadiga, declínio cognitivo e ansiedade. Vale ressaltar que a própria atividade de jogar já exige dos participantes habilidades como atenção, memorização e funções executivas, além de fatores motivacionais.

Assim, conclui-se com o que destacou Monteiro Junior *et al.*, (2012), que a RV pode ser utilizada como ins-

trumento terapêutico ocupacional não somente em indivíduos com DP, mas também com outras lesões neurológicas ou com outras patologias que comprometam o controle e/ou execução dos movimentos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato descreve as ações de um projeto de pesquisa conduzido por profissionais e estudantes de Terapia Ocupacional, intitulado “Os efeitos da realidade virtual na reabilitação física junto a pacientes com Parkinson verificados a partir da eletromiografia”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (CEP/UEPA) com número de parecer 2.587.852.

Tal pesquisa teve como objetivos verificar se o uso da Realidade Virtual (RV) favorece ganhos funcionais em membros superiores (MMSS), equilíbrio e nos ajustes posturais de indivíduos com Doença de Parkinson. Além de avaliar os impactos da Gameterapia no desempenho ocupacional desta população, em especial na independência nas AVDs.

O estudo envolveu 14 indivíduos com Doença de Parkinson, com idade entre 52 e 77 anos, que passaram por 20 sessões individuais de Gameterapia, distribuídas em dois atendimentos semanais, com duração de 45 minutos cada. O período das intervenções foi de setembro de 2020 a julho de 2021.

As sessões ocorreram em uma sala equipada especificamente para a realização dos atendimentos, localizada nas dependências de um Centro Especializado em Reabilitação do tipo III (CER III) vinculado a Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Ressalta-se que por conta da pandemia da COVID 19 e da conseqüente necessidade de medidas de distanciamento social, as atividades do projeto foram interrompidas em alguns momentos e assim precisaram de um prazo

maior para serem finalizadas com êxito. Tal medida, apesar de necessária, agravou ainda mais a ruptura de rotinas desses idosos, sobretudo, nas áreas de gerenciamento de sua saúde e participação social.

Diante desta particularidade e após o início da campanha de vacinação para esse público, os atendimentos foram retornando de maneira gradativa. No entanto, mesmo com a retomada dos atendimentos, seguindo todos os protocolos de segurança, houve impedimento em realizar sessões grupais ou em dupla, afetando ainda mais a socialização desses idosos.

Quanto a execução das sessões, o recurso terapêutico escolhido foi o videogame Xbox one e os jogos selecionados foram o Fruit Ninja Kinect 2, Kinect Sports composto por seis modalidades: o futebol, escalada, corrida de jet ski, tiro ao alvo, tênis e boliche. Tais jogos exigiam dos pacientes mudanças posturais, deslocamento do centro de gravidade corporal, movimentos rápidos e lentos alternados dos Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII), além da graduação de força e amplitudes de movimento.

Outros componentes também abordados durante as sessões de Gameterapia foram a memória, percepção, construção viso espacial, planejamento, coordenação visomotora e sequenciamento de ações, além da atenção sustentada. Esses aspectos são estimulados através de cada proposta dos jogos. A exemplo temos o Futebol, um jogo dinâmico em que o paciente precisava executar várias tarefas em uma só partida, como ser o jogador principal e ser seu próprio goleiro e ao mesmo tempo manter o foco no adversário, neste caso o avatar.

Escalada, para aqueles que julgavam ser um jogo fácil, trazia grandes surpresas desde a primeira tentativa. Em alguns momentos o jogo exigia que o jogador realizasse saltos e estes eram tão altos, que o jogador chegava a ficar pendurado nas paredes, apenas com um braço.

No Wake Racing além de precisar se manter na corrida, o jogador necessitava passar por pontos especiais, que lhe davam mais rapidez. Havia momentos, no qual o paciente tinha que fazer manobras radicais, usando todo o corpo.

A atenção e foco foram bastante trabalhados no Tiro ao Alvo. Neste jogo, o jogador deveria detonar os alvos que surgiam, porém havia alvos que não deveriam ser acertados, porque diminuía a pontuação.

Que tal sentir as emoções dos principais campeonatos de tênis do planeta? O tênis já vinha com uma provocação inicial, o jogo parecia tão real, tanto como o cansaço, após a partida. O jogo mais disputado foi o boliche, com sua tela que convidava o adversário a uma emocionante partida, onde a pista pegava fogo quando a bola era jogada para fora ou quando se conseguia fazer o tão sonhado strike.

Para o processo avaliativo (avaliações e reavaliações) utilizou-se uma ficha de anamnese elaborada pelos pesquisadores, que englobava aspectos sociodemográficos e clínicos como sexo, idade, estado civil, atividade laboral, tempo de diagnóstico e acometimentos secundários. E para a avaliação funcional os seguintes protocolos: UP-DRS, Escala de Berg e o Índice de Barthel Modificado, instrumentos estes, já citados no tópico anterior.

Ao longo dos atendimentos e através dos resultados das reavaliações constatou-se melhorias nos aspectos motores e não motores, como na motivação, na relação estabelecida com o terapeuta, no envolvimento nos jogos, na iniciativa e confiança. Foi necessário, por muitas vezes, lembrá-los sobre celebrar e valorizar essas chamadas “pequenas” vitórias diárias, pois cada componente mínimo de desempenho faz parte do macro, a ocupação humana, o pilar do que fazemos como seres ativos e nos motiva a acordar, levantar todos os dias e avançar na vida cotidiana e social.

Uma das grandes vantagens do uso da Gameterapia é o fato de que os jogos oferecem feedback visual e auditivo, com escores que possibilitam acompanhar os resultados a cada atendimento, e conseqüentemente, facilitam a percepção do paciente sobre sua evolução.

Ao longo das sessões foi possível ainda verificar a melhora na percepção e satisfação dos participantes quanto ao seu desempenho fora do ambiente virtual. Alguns relatos envolveram maior independência ao trocar de roupa, na diminuição de episódios de freezing ou festinação durante a deambulação, diminuição da rigidez muscular, além da verbalização de sentimentos de felicidade e leveza.

Corroborando com a percepção das autoras sobre as melhoras observadas ao longo das sessões de Gameterapia, Viera *et al.* (2014) afirmam que a RVNI possui um papel importante na potencialização da aprendizagem motora e do controle motor, na funcionalidade, na capacidade cognitiva e no equilíbrio de pessoas com DP, bem como na melhor adesão ao processo de neuroreabilitação, pois os estímulos visuais e auditivos oferecidos pela RV tornam a terapia mais atrativa e prazerosa.

Vale ressaltar, o impacto positivo da Gameterapia nos sintomas não motores vivenciados pelos indivíduos com Parkinson, principalmente, nos aspectos emocionais. Autores como Valcarenghil *et al.* (2018) enfatizam que uma boa relação deve ser construída entre profissional e paciente, e o profissional deve ressignificar os aspectos de cuidado com as pessoas com DP tendo capacidade de escuta, comunicação e empatia, devendo considerar sua individualidade, queixas, dúvidas e anseios, para a obtenção um tratamento conforme a fase da doença e idade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. R. *et al.* Avaliação geriátrica: escala de Katz. In: **MOSTRA DE PESQUISA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA**, Fortaleza. Anais [...]. Fortaleza: Damásio - Ibmec, 2019. p. 2735 - 2736.

ALMEIDA, M. H. M.; CRUZ, G. A. Intervenções de terapeutas ocupacionais junto a idosos com doença de Parkinson. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 29-35, 2009.

ALVES. M. L. M. *et al.* Nintendo Wii™ Versus Xbox Kinect™ for Assisting People with Parkinson's Disease. **Perceptual and Motor Skills**, v. 125, n. 3, p. 546 - 565, 2018.

AOTA - AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4. ed. **The American Journal of Occupational Therapy**, North Bethesda v. 74 (Supplement_2), p. 1-87, aug./ 2020.

ARAGON, A.; KINGS, J. Occupational therapy for people with Parkinson's: best practice guidelines. **College of Occupational Therapists**. London, 2010. ISBN 978-1-905944-16-3

BAPTISTA, R.; ALVAREZ, A. M.; NUNES, S. F. L.; VALCARENCHI, R. V.; BARBOSA, S. F. F. Idosos Com Doença De Parkinson: **Perfil e Condições de Saúde**. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 5, p. 99-102, 2019.

BARCALA, L. *et al.* Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 2, p. 337-343, 2011.

BASTOS, S. C. A.; MANCINI, M. C.; PYLÓ, R. M. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 104-110, maio/ago. 2010.

BORGES, J. S. *et al.* Avaliação do nível de dependência funcional do idoso com limitação. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 169-175 jan/abr. 2019.

BUGALHO, P. *et al.* Non-Motor symptoms in Portuguese Parkinson's Disease patients: correlation and impact on Quality of Life and Activities of Daily Living. **Sci Rep**. 2016 Aug 30;6:32267. doi: 10.1038/srep32267.

CABREIRA V., MASSANO J. Doença de Parkinson: revisão clínica e atualização. **Acta Med Port, Lisboa**, v. 32, n. 10, p. 661-670, oct. 2019.

CAMPOS, Marcos.; Tradução, adaptação cultural e validação do Parkinson's disease quality of life-questionnaire (PDQL) para o português falado no Brasil, o PDQL-BR. Orientador: Carlos Henrique Alves Rezende. 2010. 80 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 2010.

CARDOSO, Vivianne Flavia. Análise de um sistema de reabilitação para membros superiores utilizando ambiente de realidade virtual baseado em kinect e sEMG. 2016. **Dissertação (Mestre em Biotecnologia) - Universidade Federal do Espírito Santo**, Vitória, 2016.

CERQUEIRA, T. M. M. *et al.* Cognitive and motor effects of Kinect-based games training in people with and without Parkinson disease: A preliminar study. **Physiotherapy Research International**, v. 25, n. 1, 2020.

CHOU, K. L. Clinical manifestations of Parkinson disease. UpToDate, fev. 2020.

CIKAJLO, I., POTISK, K. P. Advantages of using 3D virtual reality based training in persons with Parkinson's disease: a parallel study. Journal of **NeuroEngineering and Rehabilitation**, v. 16, n. 119, p. 1 - 14, out. 2019.

COFFITO. **Definição de Terapia Ocupacional**, 2018.

DE OLIVEIRA, N. M.; FORNAZZA, G. B.; DE SOUSA, T. Q. A realidade virtual como recurso terapêutico para crianças com paralisia cerebral: uma revisão de literatura. **Revista Pesquisa e Ação**, v. 4, n. 3, 2018.

DIAS, Miqueline Pivoto Faria. Efeito imediato da realidade virtual sobre a atividade eletroencefalográfica e eletromiográfica no membro superior parético após acidente vascular encefálico. **Tese (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Alfenas**. Alfenas, p.15-78, 2018.

DIAS, T. D. S. *et al.* The contributions of game therapy concerning motor performance of individual with cerebral palsy. **Brazilian Journal of Occupational Therapy/Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 3, 2017.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-25. Jun./2007.

FARIA, I. Disfunções neurológicas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (org) **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 187-204.

FIDELES, L. R.; DA CUNHA, T. R.; PEREIRA, R. G. B. Gameterapia Na Reabilitação De Pacientes Pediátricos Com Paralisia Cerebral. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 3, p. 02, 2021.

FIUSA, J. M.; ZAMBONI, J. W. Atualizações na doença de Parkinson através do tratamento com realidade virtual em 2018/2019. **Revista Neurociências**, v.28, p.1 - 8, 220, 2020.

FOSTER, E. R.; BEDEKAR, M.; TICKLE-DEGNEN, L. Systematic review of the effectiveness of occupational therapy-related interventions for people with Parkinson's disease. **American Journal Occupational Therapy**, Bethesda, v. 68, n. 1, p. 39-49, January/February 2014.

FRANÇA, J.; MARTINS, V. G. Construção visual dos avatares e a relação social na cultura dos jogos digitais; **Anais do VII Seminário Nacional de Pesquisa em Arte e Cultura Visual Goiânia-GO**: UFG, FAV, 2014.

GOETZ C. G. Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): uma nova escala para a avaliação da doença de Parkinson. **Rev Neurol**, Paris, v. 166, n. 1, p.1- 4. Jan./2010.

HOLDEN, M. K.; DYAR, T. Virtual environment training-a new tool for neurorehabilitation. **Neurology Report**, v. 26, n. 2, p. 62-71, 2002.

IBGE; **Síntese de indicadores sociais**. In:I (Vol. 39), 2016.

JAIME, E. *et al.* A Influência Do Kinect Na Melhora Do Equilíbrio, Força E Agilidade Em Idosos Institucionalizados Na Cidade De São Luís De Montes Belos-Go. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 9, n. 1, 2016.

KIRNER, C. Evolução da Realidade Virtual no Brasil. In: SYMPOSIUM ON VIRTUAL AND AUGMENTED REALITY, 5., 2008, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: **Sociedade Brasileira de Computação**, 2008. p. 1-11.

KOZHEVNIKOV, M.; GURLITT, J. Immersive and non-immersive virtual reality system to learn relative motion concepts. In: 2013 3rd **Interdisciplinary Engineering Design Education Conference**. IEEE, 2013.

LIMA, L. H. M. *et al.* Reabilitação do equilíbrio postural com o uso de jogos de realidade virtual. **Revista Cientifi-**

ca da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, v. 8, n. 1, p. 161 -176, 2017.

LEÃO, C. D. *et al.* Impacto da realidade virtual no equilíbrio e na qualidade de vida em indivíduos com lesão medular. **R. bras. Ci. e Mov.** Taguatinga, v. 25, n.1, p.69-78. Jan./mar. 2017.

LEE, Hyo Keun *et al.* The relationship between balance confidence and control in individuals with Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, v. 26, p. 24-28, 2016.

LYONS, K.E.; PAHWA, R. The impact and management of nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Am J Manag Care*. 2011 Oct;17 Suppl 12:S308-14.

MENDES, F. A. D. S. *et al.* Pacientes com a Doença de Parkinson são capazes de melhorar seu desempenho em tarefas virtuais do Xbox Kinect®:“uma série de casos”. *Motricidade*. vol. 11, n. 3, p. 68-80, 2015.

MENEGHINI, V. *et al.* Percepção de adultos mais velhos quanto à participação em programa de exercício físico com exergames: estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1033 - 1041, 2016.

MILIATTO, A. C. L. *et al.* Preditor de qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson moderada. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 15-24, Jan-Mar 2021.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23 n. 2, p. 218-223, mar./abr. 2010.

MONTEIRO, C. B. D. M. **Realidade virtual na paralisia cerebral**. São Paulo: Plêiade; 2011.

MONTEIRO JUNIOR, R. S. *et al.* Efeito da reabilitação virtual em diferentes tipos de tratamento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 9, n. 29, Jul./set. 2011.

MONZELI, G. A.; TONIONO, A. C.; CRUZ, D. M. C. Intervenção em terapia ocupacional com um sujeito com doença de Parkinson. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 387-395, Jun. 2016.

MUNHOZ, R. P. *et al.* Sinais não motores na doença de Parkinson: uma revisão. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, p. 454-462, 2015.

MURDOCK, C.; COUSINS, W.; KERNOHAN, W. G. “Running Water Won’t Freeze”: How people with advanced Parkinson’s disease experience occupation. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 13, n. 5, p. 1363 -1372, out. 2015.

NICKEL R. *et al.* Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação **Acta Fisiatr.** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 13 -17, mar. 2010.

POMPEU, J. E.; POMPEU, S. M. A. A. Reabilitação virtual: nova abordagem de tratamento em pacientes com distúrbios neurológicos. **Fisioterapia neurofuncional: aspectos clínicos e práticos.** Curitiba: Ed CRV, p. 153-67, 2011.

RAMOS, R. A. A. *et al.* Realidade virtual na reabilitação de portadores da doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 3, p. 179 - 87, 2016.

REIS, Givaldo. Videogame: história, gêneros e diálogo com o cinema. 2005. 190 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade de Marília, Marília, 2005.

RIBEIRO, M. C. S.; KALIL FILHO, F. A.; VOJCIECHOWSKI, A. S. A Gameterapia Utilizada Como Ferramenta No Equilíbrio De Pacientes Hemiparético Espásticos. **Revista UNIANDRADE**, v. 22, n. 1, p. 62-73, 2021.

SANTANA, C. M. F. D. *et al.* Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 49-58, 2015.

SANTOS, P. A. *et al* Effects of the Nintendo Wii training on balance rehabilitation and quality of life of patients with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. **NeuroRehabilitation**, v. 44, p. 569-577, 2019.

SANTOS, S. M. *et al.* Balance versus resistance training on postural control in patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 2, p. 173 - 83, abr. 2017.

SCHAPIRA, A. H. V; CHAUDHURI, K.R.; JENNER, P. Non-motor features of Parkinson disease. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 18, n. 7, p. 435-450, 2017.

SCHIAVINATO, A. M. *et al.* Influência da realidade virtual no equilíbrio de paciente portador de disfunção cerebelar: estudo de caso. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 1, p. 119-127, 2011.

SCHEWTSCHIK, A. F. *et al.* Influência da Dança Sênior no Equilíbrio de Indivíduos com Doença de Parkinson. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 3, p. 385-402, 2019.

SILVA, A. B. G. *et al.* Doença de Parkinson: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p. 47677- 47698, may. 2021.

SILVA G. L. O. *et al.* Repercussões do treinamento com realidade virtual não imersiva nas habilidades motoras

manuais de pessoas com doença de Parkinson. **Acta Fisiatr.** São Paulo, v. 26, n.1, p. 43-48, 2019.

SILVA, R. R.; MARCHESE, C. I. Uso da realidade virtual na reabilitação motora de uma criança com Paralisia Cerebral Atáxica: estudo de caso. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 22, p. 97-102, 2015.

SILVA, T. P.; CARVALHO, C. R. A. Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 331-344, jan./2019.

VAGHETTI, C. A. O. *et al.* Gamepad: utilizando exergames para inclusão e promoção da saúde de pessoas com deficiência. In: Seminário de Extensão Universitária da Região Sul, 37, 2019, Florianópolis. Anais eletrônicos [...]. Florianópolis: **Repositório Institucional UFSC**, 2019. p. 1-6.

VALCARENGHI, R. V. *et al.* The daily lives of people with Parkinson's disease. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 272-279, 2018.

VIEIRA, Gisele de Paula. Realidade virtual não-imersiva no desempenho funcional e qualidade de vida na doença de Parkinson: um estudo piloto. 2018. **Tese (Doutorado em Neurologia e Neurociências) - Universidade Federal Fluminense**, Niterói, 2018.

ZEIGELBOIM, B. S. *et al.* The Use of Exergames in the Neurorehabilitation of People with Parkinson Disease: The Impact on Daily Life. **International Archives of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 64 -70, jan. / mar.2021.

**O CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE ALUNOS
COM DESENVOLVIMENTO TÍPICO E ALUNOS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
NA EDUCAÇÃO INFANTIL: REVERBERAÇÕES
PARA A INCLUSÃO ESCOLAR E IMPLICAÇÕES
PARA A TERAPIA OCUPACIONAL**

*Débora Ribeiro da Silva Campos Folha
Samantha Hanna Seabra Castilho Simões
Larissa Maria de Souza Cruz
Ana Paula Santos Sarmanho
Patrícia Carla de Souza Della Barba*

INTRODUÇÃO

A educação infantil é a primeira etapa da educação básica (BRASIL, 1996). No contexto brasileiro, a educação de crianças tem uma história multifacetada e complexa, visto que, durante muito tempo, foi considerada uma função estritamente familiar, não sendo alvo de preocupações e, conseqüentemente, de políticas públicas (KUHLMANN JR, 2000; OLIVEIRA, 2008).

A origem das práticas formais de educação infantil se situa na tríade mulher-trabalho-criança, a partir de um caráter assistencial, passando a ofertar serviços educacionais formais apenas posteriormente (DIDONET, 2001). Apesar disso, tanto as normativas oficiais brasileiras (BRASIL, 2010; 2018) quanto estudos do campo (CARVALHO, 1999; KUHLMANN JR, 2000) destacam a perma-

nência intrínseca da integração entre educação e cuidado no âmbito das práticas de Educação Infantil. O cuidado na Educação Infantil pode estar ligado à idade tenra das crianças que ingressam neste nível educacional, as quais requerem assistência intensa e cuidado durante a realização de suas atividades. Pode estar ligado também ao fato deste ser o primeiro contato da criança com a educação formal, por isso, a necessidade de uma estrutura adequada e de pessoal qualificado para mediar essa interação (OLIVEIRA, 2008).

É válido recordar que, desde antes da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Infantil e da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) para Educação Infantil, o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil - RCNEI (BRASIL, 1998) já reconhecia que o cuidado promovido ultrapassava a esfera pedagógica, requerendo a integração de outros campos de conhecimento:

Contemplar o cuidado na esfera da instituição da educação infantil significa compreendê-lo como parte integrante da educação, embora possa exigir conhecimentos, habilidades e instrumentos que extrapolam a dimensão pedagógica. Ou seja, cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda a integração de vários campos de conhecimentos e a cooperação de profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 1998, p. 24).

Folha, Ramos e Della Barba (2019) corroboram com esses destaques, enfatizando que, para um trabalho efetivo na interface cuidado-educação, não basta contemplar as práticas de cuidado, mas é necessária uma equipe de apoio que possa dar suporte aos processos escolares desenvolvidos na esfera da atenção integral à primeira infância (FOLHA; RAMOS; DELLA BARBA, 2019; NUCCI *et al.*, 2017).

Assim como as práticas na interface cuidado-educação inspiram essa cooperação entre profissionais de diferentes áreas, a perspectiva educacional inclusiva também depende dessa cooperação, visto que preconiza transformações nas práticas escolares, cabendo às escolas a oferta de espaços acessíveis e capazes de atender à complexidade implicada no acolhimento à diversidade (BRASIL, 2001).

Essa perspectiva envolve a provisão de um conjunto de recursos e serviços escolares especializados e organizados institucionalmente, correspondentes aos “serviços de apoio especializado”, podendo contemplar: atuação de professores intérpretes das linguagens e códigos aplicáveis e de outros profissionais; apoios necessários à aprendizagem, locomoção e comunicação; existência e utilização de salas de recursos multifuncionais para complementação e/ou suplementação curricular; entre outros serviços especializados derivados de parcerias intersetoriais (BRASIL, 2001).

Destaca-se também a importância dos profissionais de apoio que, segundo a Nota Técnica N° 24 (BRASIL, 2013), auxiliam na acessibilidade às comunicações e aos cuidados pessoais de alimentação, higiene e locomoção, sendo um serviço que não substitui a escolarização ou ao AEE, mas que se articula a estes. Portanto, os profissionais de apoio são necessários nessa premissa cuidado-educação das crianças com TEA, e que sobretudo, no cotidiano escolar, realizam as práticas de cuidados com as crianças com TEA e são observados pelas crianças com DT.

Quanto à necessidade dos profissionais de apoio, a Nota Técnica N° 19 (BRASIL, 2010) explicita que sua demanda se justifica apenas quando a necessidade do aluno PAEE não for atendida em um contexto amplo de cuidados disponibilizados aos demais alunos, e que sobremaneira deve atuar em parceria com os professores da sala comum, da sala de recursos multiprofissionais e os demais profissionais da escola.

Esse reconhecimento da necessidade da cooperação multiprofissional e de parcerias intersetoriais fornece argumento para a defesa de interfaces da educação com outras áreas do saber, como a Terapia Ocupacional, profissão atuante nos campos da saúde, educação, assistência social e cultura que busca favorecer que as pessoas participem das ocupações cotidianas que lhes são importantes. Os terapeutas ocupacionais alcançam esse resultado trabalhando com pessoas e comunidades para aumentar sua capacidade de se envolver nas ocupações que desejam, precisam ou se espera que façam, podendo ainda modificar a ocupação ou o ambiente para melhor apoiar seu envolvimento ocupacional (WFOT, 2012).

No âmbito da Terapia Ocupacional, as ocupações referem-se às atividades cotidianas que as pessoas realizam como indivíduos, em famílias e com comunidades para preencher seu tempo, estruturar a sua rotina, trazer significado e propósito à vida. As ocupações incluem atividades que as pessoas precisam, desejam e devem fazer, por isso, a educação escolar pode ser compreendida sob essa perspectiva ocupacional e os terapeutas ocupacionais são profissionais que devem compor as equipes multiprofissionais nos contextos escolares (COFFITO, 2018).

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001) fazem uma menção objetiva aos terapeutas ocupacionais como profissionais que podem compor a equipe de apoio às práticas inclusivas, por reconhecerem a necessidade e relevância da realização de avaliações periódicas, tanto pedagógicas quando relacionadas às barreiras físicas ou atitudinais que possam interferir no processo educativo em suas múltiplas dimensões.

A Declaração de Salamanca (1994) também faz essa menção objetiva, considerando a Terapia Ocupacional como um serviço externo de apoio para o desenvol-

vimento de práticas inclusivas e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) reconhece a especialidade de Terapia Ocupacional em contextos escolares (COFFITO, 2018). Neste estudo, compartilhamos nosso olhar, enquanto terapeutas ocupacionais pesquisadoras do campo da Educação Infantil.

Para atuação e pesquisa nos contextos escolares, adotamos como referencial de base a perspectiva ocupacional (DAVIS; POLATAJKO, 2006; 2010). O ambiente da educação infantil constitui um contexto no qual as crianças realizam ocupações voltadas para o brincar, para o autocuidado e para a aprendizagem de conteúdos escolares (GARTLAND, 2001; MULLIGAN, 2012; FOLHA; DELLA BARBA, 2022). Essa participação em ocupações contribui para o desenvolvimento físico, cognitivo, social, afetivo e ocupacional destas crianças, o que se relaciona à perspectiva ocupacional de desenvolvimento, na qual este é compreendido como o processo de aprendizagem progressiva de ocupações cada vez mais complexas (MANDICH; RODGER, 2006; DAVIS; POLATAJKO, 2006; 2010).

Folha, Ramos e Della Barba (2019) destacam o viés interacionista previsto nas práticas educacionais inclusivas em normativas oficiais brasileiras, tanto na concepção de desenvolvimento e de infância, quanto na concepção de aprendizagem expressas na legislação vigente, na defesa da diversidade de parceiros e em experiências enquanto elemento potencializador do desenvolvimento infantil. Assim, a variedade de possibilidades interativas mostra-se como promotora de oportunidades e condições para a construção de um repertório infantil mais complexo.

O repertório infantil pode ser ampliado ou restrito de acordo com as oportunidades de vivências e o desenvolvimento da criança. Maciel, Pieczkowski e Rech (2018) ressaltam que o desenvolvimento natural da criança ocorre a partir de saltos e modificações, com etapas progressivas e

regressivas em relação ao contexto social em que está inserida e as possibilidades de estímulos a que está submetida. Quando existe algum déficit ou síndrome, é possível que haja algum atraso no desenvolvimento ou dificuldade no processo.

Dentre os transtornos do desenvolvimento infantil, temos o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O TEA é uma síndrome comportamental, da qual derivam dificuldades e limitações nas áreas da interação social e da linguagem/comunicação, além de comportamentos repetitivos e estereotipados (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION* - APA, 2013). Estes comportamentos podem ser expressos por meio de uma grande variedade de formas e em diferentes situações, como: na brincadeira, caracterizada por um repertório lúdico empobrecido, sendo muitas vezes repetitiva; na fala, quando esta está presente, com frequente presença de ecolalia; e no desenvolvimento psicomotor, comumente caracterizado pela presença de estereotipias (SANINI; BOSA, 2015).

Alguns estudos já demonstraram a capacidade dessas crianças para desenvolver relações de apego e responder à interação social em diferentes contextos, o que rompe com o estigma social de que se trata de uma criança que “vive alheia à realidade” e que “tem seu mundo próprio” (SANINI *et al.*, 2008; SANINI; SIFUENTES; BOSA, 2013).

Muitas vezes, esse comportamento social de crianças com TEA, decorre da dificuldade em compreender as intenções das outras pessoas, ou seus sinais não verbais. Por isso, a comunicação com estas crianças deve ser da forma mais objetiva e direta possível, o que tende a produzir implicações bastante promissoras na rotina escolar, por exemplo, no que se refere à interação social e à participação nas atividades (SANINI; BOSA, 2015).

Assim, as crenças do professor sobre seu aluno com TEA irão influenciar diretamente na aceitação e convivência

dos demais alunos da classe com ele (SANINI; BOSA, 2015). Importante frisar que o que aqui denominamos de “aceitação” costuma estar influenciada por várias outras questões, como a formação inicial e continuada deste profissional para a perspectiva da educação inclusiva, disponibilidade de infraestrutura adequada para promover processos escolares inclusivos, conhecimento a respeito do TEA, entre outros fatores.

A educação infantil representa o ingresso da criança em um novo grupo social. Como consequência disso, ela tende a constituir novas formas de relacionar-se e de comportar-se, ampliando o seu repertório de experiências, mas também manifestando novas dificuldades, devido às novas demandas. Esse ingresso da criança na educação infantil é considerado de grande relevância para o seu desenvolvimento e, no caso das crianças com TEA, há evidências na literatura sobre a importância da íntima relação entre essas áreas, destacando a necessidade de mais investigações sobre as experiências e possibilidades interativas de professores, alunos e famílias, em situação de inclusão, na área do TEA (HÖHER-CAMARGO, 2007; DE VITTA; DE VITTA; MONTEIRO, 2010; SANINI; BOSA, 2015).

Além disso, em uma pesquisa recente (FOLHA, 2019), identificamos um fenômeno comumente observado nessa convivência entre crianças com desenvolvimento típico (DT) e crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), o que denominamos de *práticas de cuidado compartilhado*. Nesse sentido, este artigo objetiva descrever práticas de cuidado compartilhado, compreendido como comportamentos de auxílio e cuidado de crianças DT para com as crianças com TEA, no âmbito da educação infantil e analisar as reverberações delas para a inclusão escolar.

MÉTODO

Este estudo foi caracterizado por uma pesquisa de ancoragem qualitativa, correspondente ao recorte de Tese

de Doutorado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

A coleta de dados foi realizada em quatro Unidades de Educação Infantil (UEI) vinculadas à Secretaria Municipal de Educação (SEMEC) do município de Belém (PA), entre os anos de 2017 e 2018, ao longo de um período total de 8 meses, com idas duas vezes por semana em cada UEI, para observação de cada criança ao longo de todo o turno escolar.

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo envolviam a disponibilização do laudo médico informando diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), frequência e assiduidade dessa criança nas UEI selecionadas para pesquisa e autorização prévia de seus pais e responsáveis.

Este estudo foi realizado em três turmas de Unidades de Educação Infantil (UEI), no município de Belém (PA), cada uma delas possuía uma criança com TEA incluída. O Quadro 01 caracteriza as crianças com TEA que constituíram critério para que a pesquisa fosse realizada em sua turma. Estas crianças foram identificadas a partir de codinomes de personagens de desenhos infantis, a fim de zelar pelo sigilo de suas identidades:

Quadro 1 - Caracterização das crianças com TEA participantes da pesquisa

INSTITUIÇÃO	CODINOME DA CRIANÇA COM TEA	IDADE	GÊNERO
UEI A	Bob	5 anos	Masculino
UEI B	Nemo	4 anos	Masculino
UEI C	Luna	5 anos	Feminino

Fonte: Elaboração própria (2021)

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo encontra-se ancorado nos preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as normas de pesquisa envolvendo seres humanos por meio da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sob o parecer nº 1.855.178. Após aprovação do CEP, todos os responsáveis pelas crianças participantes registraram seu consentimento referente à participação das mesmas na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

COLETA DE DADOS

A observação foi utilizada como técnica de imersão em campo para coleta de dados, visto que ela ocupa um lugar privilegiado nas abordagens de pesquisa no campo da educação, sendo considerada o principal método de investigação, por possibilitar um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Para Laville e Dionne (1999), a observação revela-se como um modo privilegiado de contato com o real, visto que permite que nos situemos e desloquemos no campo, descobrindo coisas e aprendendo sobre elas.

Apesar desses benefícios e das potencialidades da observação nas pesquisas educacionais, qualitativas e com crianças pequenas, esta, como uma técnica de pesquisa, não é a mera contemplação passiva de um fenômeno (LAVILLE; DIONNE, 1999). Essa exigência de rigor para uma observação criteriosa nos levou a adotar o método de Descrição Narrativa (BENTZEN, 2012) para a apreensão dos dados ligados aos comportamentos infantis. Este método consiste no registro, de forma contínua e em detalhes, do que a criança faz e diz, por si só e em interação com outras pessoas, ambientes

ou objetos. O objetivo principal do registro narrativo é obter uma análise detalhada e objetiva de comportamento sem inferências, interpretações ou avaliações.

A descrição narrativa não é seletiva, ou seja, tudo o que ocorre dentro de um período de observação é anotado (embora a seletividade seja inerente a todos os métodos de registro, já que um observador não consegue ver tudo, dessa forma, nesse método ela opera minimamente). No momento em que está observando e registrando, é necessária pouca inferência, porque tudo o que acontece é direcionado para o registro (BENTZEN, 2012).

Apesar de não ser um método encontrado ainda em muitas pesquisas brasileiras, o estudo de Gallo (2016) já aponta potencialidades para essa utilização, inclusive no campo escolar.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a sistematização e análise do material de investigação, foi utilizado o método de análise temática do conteúdo. Esse método é definido, por Bardin (2011), como um conjunto de técnicas de análise da comunicação, que visam inferir conhecimentos relativos às mensagens emitidas pelas pessoas, através de procedimentos sistemáticos de descrição de conteúdos mencionados.

A Análise do Conteúdo é um procedimento de pesquisa que envolve três etapas básicas: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. Ele pode ser utilizado no âmbito de uma abordagem metodológica crítica e apoiada em uma concepção de ciência que reconhece o papel ativo do sujeito frente às transformações sociais (BARDIN, 2011).

RESULTADOS

Os resultados encontram-se estruturados em torno de ocupações infantis que compõem os três grandes eixos

estruturantes das práticas de Educação Infantil: o autocuidado, o brincar e as atividades de aprendizagem formal.

A princípio, destacaremos descrições narrativas que ilustram o cuidado compartilhado de crianças com desenvolvimento típico (DT) para com crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) observado durante a realização de ocupações relacionadas ao autocuidado (momentos de alimentação, vestir e despir, banho, uso do banheiro para realização de necessidades fisiológicas e lavagem das mãos, por exemplo).

Os excertos a seguir, por exemplo, ilustram condutas de cuidado compartilhado autoiniciadas pelas crianças DT e que foram retroalimentadas pelas crianças com TEA, favorecendo, de alguma forma, o seu envolvimento na ocupação que está sendo realizada pelas demais crianças no âmbito da rotina escolar:

10:38h - Luna se levanta e quer sair da sala e as colegas a chamam para ir assistir ao DVD. Elas a pegam pela mão e a conduzem para sentar em uma das cadeiras em frente à televisão. Luna aceita e vai. Senta-se e olha para a televisão com atenção. (Luna, 19 de setembro de 2017)

8:53h- A professora orienta que as crianças formem uma fila para irem lanchar. Luna anda pela sala. Uma colega a chama, ela ignora. A colega a pega pela mão, ela aceita e a abraça. A colega a conduz gentilmente para a fila e Luna a acompanha. (Luna, 19 de setembro de 2017)

Também foram registradas condutas de cuidado compartilhado das crianças DT para com as crianças com TEA, de alguma forma motivadas pela professora, no que se refere às ocupações de autocuidado, como ilustra o excerto a seguir:

10:36h - De volta à sala de aula, após o banho, a professora veste Luna e pede para

que duas colegas a calcem, enquanto ela leva os meninos para o banho. As colegas sentam-se no chão, em frente à Luna e a calçam. Luna é colaborativa. (Luna, 19 de setembro de 2017)

Esse cuidado compartilhado também foi observado durante a realização de ocupações relacionadas ao brincar. A esse respeito, algumas descrições narrativas ilustram condutas de cuidado retroalimentadas pelas crianças com TEA, ainda que tendo uma duração mais curta do que o desejado, como no caso de Nemo, a seguir:

9:10h - No quintal, Nemo se aproxima da gangorra e uma colega se aproxima dele, tentando estabelecer diálogo com ele, pergunta se ele quer brincar. Ele a olha e sorri. Ela o pega pela mão e suavemente o conduz até o banco da gangorra, auxiliando-o a sentar. Ele senta. Ela o balança, como se o ninasse. Ele sorri balançando no brinquedo. 9:15h - Nemo se levanta da gangorra e se afasta da colega, sem sinalizar qualquer tipo de interação com ela. (Nemo, 17 de agosto de 2017)

Em outros momentos, as crianças com TEA demonstraram uma retroalimentação mais prolongada, favorecendo o engajamento ocupacional dessas crianças em ocupações de brincar na rotina educacional:

Nemo demonstra interesse na brincadeira de passar no meio do tronco da árvore, mas tem dificuldade de se equilibrar. Um colega o vê tentando brincar. Caminha até ele e o ajuda a passar (Nemo, 10 de novembro de 2017)

8:32h - Um colega percebe que Nemo não está na roda, encontra-se andando aleatoriamente pelo pátio da UEI. Ele dá 3 passos até Nemo e o puxa pela mão, levando-o à

roda. Nemo dá a mão ao colega e se deixa ser levado à roda, onde passa a acompanhar as demais crianças nos movimentos que estão realizando (Nemo, 11 de dezembro de 2017)

09:42h - A professora solicita aos alunos que retornem para a sala, Luna apenas continua andando pelo refeitório. Uma colega vai até Luna, chama-a, segura a mão dela e caminha junto dela para a sala (Luna, 29 de novembro de 2017)

Essa retroalimentação prolongada envolveu, em alguns momentos, até interação visual e verbal derivadas de conduta de cuidado compartilhado, como nas descrições narrativas sobre Luna, a seguir:

8:00h - Enquanto as crianças estão sentadas, aguardando a professora chamar para o lanche, uma colega toca as mãos de Luna, a beija, oferta a palma de sua mão e Luna bate um hi five algumas vezes. Em uma das vezes, Luna verbaliza “bate”, repetindo o que a colega fala. (Luna, 24 de agosto de 2017)

8:35h - Na tentativa de acalmar Luna, que está chorosa, uma colega estende a mão e bate na mão de Luna, cantando “palma, palma, palma...” e Luna a olha e, calmamente continua a música, cantando “pé, pé”... (Luna, 29 de agosto de 2017)

Outras condutas de cuidado compartilhado das crianças DT para com as crianças com TEA durante o brincar, foram também motivadas pela professora, como se pode ver na descrição narrativa a seguir:

8:50h - As crianças se dividem nas 4 mesinhas em sala, conforme orientação da professora. Em cada uma das mesinhas

há um jogo (jogo da memória, quebra-cabeça, dominó e jogo da matemática), elas são orientadas a brincarem juntas, ajudando umas às outras. Nemo, junto com o grupo de crianças da sua mesinha, experimentam todos os jogos, pois é dado um período de tempo para se jogar o jogo, e posteriormente o jogo vai para a mesa seguinte. Nemo não manifesta iniciativa no jogo, fica apenas sentado observando as outras crianças jogarem. A professora pede para o grupo ajudá-lo, ensiná-lo. A criança ao seu lado pega a sua mão para ajudar a colocar a peça do dominó no lugar certo (Nemo, 21 de agosto de 2017)

No que se refere às ocupações relacionadas ao brincar, também houve a observação de práticas de cuidado compartilhado de crianças DT para com crianças com TEA que não foram retroalimentadas por estas últimas:

10:05 h - As crianças se organizam para descer para ensaiar a dança da festa junina. Bob fica na antessala junto com as outras crianças. Enquanto eles formam fila, Bob entra na fila algumas vezes, fica parado, toca nos ombros do colega da frente, deixa que segurem nas costas dele. Ele entra e sai da fila três vezes e retorna. Nesse movimento de entrar e sair da fila, um dos colegas se aproxima e dá um abraço nele. Ele permite ser abraçado, mas não retribui. Esse abraço dura cerca de 4 segundos. (Bob, 21 de junho de 2017)

Da mesma forma, essa atitude de cuidado compartilhado das crianças DT para com as crianças com TEA também foi observada durante a realização das atividades de aprendizagem formal, mas com menor frequência. Uma das vezes em que foi percebida, derivou da motivação da professora, conforme narra o excerto:

9:00h - A professora entra em sala novamente com Luna e a conduz para a cadeira ao lado dela na rodinha e chama a turma para entoar músicas. Luna parece gostar, sorri, participa, faz algumas coreografias, como bater palmas. As crianças cantam em tom suave para agradar Luna, conforme pedido da professora. Luna parece se acalmar. Luna abraça a professora, mantendo-se sentada e observadora. (Luna, 29 de agosto de 2017)

Outro relato ilustra conduta de cuidado compartilhado autoiniciada por crianças DT para com crianças com TEA, porém não observada retroalimentação da interação, como se vê nas descrições narrativas abaixo:

08:44h - Enquanto a professora arruma a sala para a atividade seguinte, duas meninas da sala se aproximam de Luna, apontam e falam “Esse é o rosa. Cadê o rosa?” E a abraçam, de forma aparentemente muito afetuosa. As peças com as quais elas brincam são tampas de shampoo, em formato circular, nas cores rosa, azul, amarelo e verde. Luna não aparenta retribuir a interação, desviando o olhar. (Luna, 28 de agosto de 2017)

8:10h - Enquanto brincam sentados nas mesas, uma colega puxa Nemo pelo braço, fornecendo comando verbal para que ele se levante. Ele se levanta e essa colega sinaliza para a professora que Nemo está defecado. A professora se aproxima e suspende a blusa de Nemo para confirmar a informação. Quando ela faz isso, é possível verificar que há fezes para fora da fralda, nas costas de Nemo. A professora imediatamente o conduz ao banheiro, pelo braço, para limpá-lo. Ele não parece compreender o que está acontecendo, fica apenas observando e sorrindo, deixando-se conduzir pela professora. (Nemo, 22 de agosto de 2017)

Esses resultados identificam diversas condutas de cuidado compartilhando provenientes de crianças DT para com crianças com TEA e puderam ser observados em variados momentos da rotina escolar. Embora tenham sido observadas com frequência, poucas vezes foi uma conduta retroalimentada de forma duradoura pelas crianças com TEA. Nas vezes em que essa retroalimentação ocorreu, a existência desse cuidado mostrou-se como um motivador da participação ocupacional e do engajamento de crianças com TEA nas atividades escolares que constituem o seu papel ocupacional de estudante e criança.

DISCUSSÃO

As práticas de cuidado estão vinculadas ao perfil de prestação de serviços escolares para crianças pequenas, visto que ainda são dependentes em vários aspectos, principalmente no que se refere às ocupações relacionadas ao autocuidado. Esse fornecimento de cuidado, prestado geralmente, pela figura do(a) professor(a) é legitimado na legislação educacional brasileira (BRASIL, 1998; 2001; 2018).

As Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil - DCNEI (BRASIL, 2010) abordam que deve-se garantir que as escolas assumam a responsabilidade de compartilhar e complementa a educação e o cuidado das crianças com as famílias, e para atender aos objetivos das propostas pedagógicas, as escolas devem possibilitar as condições para o trabalho coletivo e para a organização de todos os materiais, espaços e tempos, assegurando a educação em sua integralidade e compreendendo que o cuidado é indissociável do processo educativo.

Ainda que o cuidado seja algo preconizado pela legislação brasileira, Sarmanho (2021) explicita que quando se refere às crianças com TEA, o cuidado e atenção são maiores para dar conta das práticas pedagógicas necessárias na rotina e que isto tem íntima relação com as

representações sociais que os professores e facilitadores têm sobre a criança com TEA, como algo desafiador e que tem maior demanda para os profissionais. Dessa forma, as representações sociais dos professores e facilitadores de crianças com TEA na educação infantil impactam nas suas ações cotidianas, na qual expressam-se com maior atenção e cuidado com as crianças com TEA.

Porém o fenômeno descrito nos resultados deste estudo não trata de práticas de cuidado na perspectiva supramencionada. Trata-se do cuidado prestado por crianças para com seus pares, por isso denominado de cuidado compartilhado entre crianças, definindo-as como comportamentos de auxílio e cuidado de crianças DT para com as crianças com TEA (FOLHA, 2019).

É necessário referir que a pesquisa inicial de doutorado, da qual este artigo compõe recorte, não objetivou pesquisar a respeito dessas práticas, ora denominadas de cuidado compartilhado. Estas práticas foram resultados observados ao longo da coleta de dados nas Unidades de Educação Infantil (UEI) que foram *lóci* da pesquisa.

As condutas de cuidado compartilhado foram observadas por nós, enquanto um elemento pautado, predominantemente, na automotivação das crianças DT para com as crianças com TEA. Essas condutas foram observadas com frequência, como ilustrado nos resultados, porém não observamos reação de retroalimentação duradoura proveniente deste grupo para com o primeiro.

Apesar disso, esse cuidado compartilhado revelou-se como um elemento motivador da participação das crianças com TEA, como evidenciaram os resultados. Bishop, Jubala e Stainback (1999) destacam que, quanto maior a participação dos alunos com desenvolvimento atípico nas atividades escolares, maior é a interação com seus colegas e maior também é a possibilidade de estabelecimento de vínculos de coleguismo e amizade, os quais podem ser

elementos de estímulo à um processo de inclusão cada vez mais efetivo nos contextos escolares.

Costa e Guarany (2019) ressaltam que o convívio entre as crianças consideradas típicas e aquelas com alguma deficiência se apresenta potencializador de experiências ricas de aprendizagens, para além do ensino, para todos que se inserem no ambiente escolar: professores, crianças, funcionários e familiares. É possível perceber que, quando prestavam esse cuidado compartilhado, as crianças DT aperfeiçoavam suas habilidades nas atividades de autocuidado e gerenciamento para consigo mesmas e para com os outros, ao mesmo tempo em que contribuía com a aquisição de habilidades relacionadas à participação na rotina da Educação Infantil pelas crianças com TEA.

Outros estudos apontaram que a participação de crianças com deficiências em um grupo significativo pode fornecer apoio emocional, identidade, segurança pessoal, favorecendo a participação destas crianças em ocupações (ZIVIANI; RODGER, 2006; MATSUMOTO; CAMPOS, 2008). Assim, é possível relacionar esse cuidado compartilhado à existência de um grupo significativo de suporte à participação das crianças com TEA na Educação Infantil. Ou seja, os resultados deste estudo podem sugerir novas estratégias a serem implementadas pelos(as) professores(as), no âmbito da perspectiva escolar inclusiva, a partir do acolhimento à diversidade e do convívio com a diferença.

Bishop, Jubala e Stainback (1999) mencionam que os relacionamentos de amizade entre colegas de turma têm relevância peculiar para o desenvolvimento das pessoas com deficiência, pois seus colegas podem servir de modelo para a aprendizagem de regras de convivência e, assim, favorecer sua inserção em diversos contextos sociais.

Outro estudo que dialoga com nossos resultados é o de Campos e Duarte (2013), no qual objetivaram conhecer e analisar a vida escolar de pessoas com deficiências

que tivessem concluído o ensino superior, a partir de suas narrativas e recordações sobre os tempos de escola, refletindo acerca das interações sociais compartilhadas entre essas pessoas e seus colegas de turma, desde a Educação Infantil, até o Ensino Superior. Dos 20 participantes do estudo das autoras, 10 referiram terem frequentado a Educação Infantil e a maioria deles compartilharam lembranças positivas das interações sociais e amizades com os colegas de turma nesse período, alegando que esse foi um fator que contribuiu para seu aprendizado e para a sua permanência na educação regular.

Os resultados socializados neste estudo contribuem fortemente para campo de conhecimento da Terapia Ocupacional, no sentido da constituição da especialidade de Terapia Ocupacional em contextos escolares (COFFITO, 2018). Sendo os terapeutas ocupacionais profissionais capacitados e aptos para integrarem equipes multiprofissionais em contextos escolares, conhecer as potencialidades dessas práticas ora denominadas de “cuidado compartilhado”, tende a reverberar positivamente na proposição de situações e estratégias para ampliação da participação de crianças com TEA nos ambientes e nas ocupações que compõem a Educação Infantil.

É importante considerar que este estudo foi desenvolvido por terapeutas ocupacionais e que não fazia parte do objeto central da pesquisa a observação dessas condutas, porém as mesmas se mostraram potencializadoras da participação das crianças com TEA nas ocupações escolares na Educação Infantil, o que nos traz elementos importantes para serem considerados em pesquisas e intervenções futuras.

Destacamos também que este estudo corrobora com estudos anteriores que constataram a relevância do olhar do terapeuta ocupacional nos cenários educacionais, olhar este sensível e destinado a promover a inclusão, a

participação e as relações interpessoais entre os atores que compõem o cotidiano escolar (MUNGUBA, 2007; PELOSI; NUNES, 2011). Enfatizamos, a esse respeito, a aptidão deste profissional para contribuir, sob uma perspectiva ocupacional, nos contextos escolares, devido objeto de estudo e intervenção ser eminentemente as ocupações humanas, neste caso ocupações infantis, o que contribui para a compreensão e a promoção destas nos contextos escolares (GARTLAND, 2012; MULLIGAN, 2012; FOLHA; DELLA BARBA, 2022).

Desse modo, a prestação de cuidado compartilhado pelas crianças DT para com as crianças com TEA tende a funcionar como um elemento promotor de uma participação mais efetiva dessas crianças nos ambientes escolares, beneficiando sua interação, seu envolvimento, seu aprendizado e, conseqüentemente, seu engajamento ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo objetivou descrever práticas de cuidado compartilhado de crianças com desenvolvimento típico para com crianças com Transtorno do Espectro Autista no âmbito da educação infantil, analisando possíveis reverberações dessas para a inclusão escolar.

Algumas limitações podem ser pontuadas, visto que a pesquisa que deu origem a este artigo não teve o intuito de se debruçar efetivamente nessas práticas ora denominadas de cuidado compartilhado. Essas limitações podem estar relacionadas à investigação com as professoras das crianças participantes da pesquisa; ao pequeno quantitativo de crianças envolvidas, por ter se tratado de um estudo qualitativo e observacional; e, até mesmo em relação aos instrumentos de coleta de dados, que não eram especificamente destinados para a apreensão desses comportamentos e interações entre crianças.

Apesar das limitações, a técnica das descrições narrativas possibilitou a apreensão deste elemento presente na rotina da Educação Infantil das crianças participantes deste estudo e permitiu que nos aproximássemos desse fenômeno compreendendo-o enquanto um potente facilitador do engajamento das crianças nas ocupações relacionadas à essa realidade educacional, bem como um possível promotor da interação social e da inclusão escolar.

Para além do estímulo a este desempenho individual, consideramos as práticas de cuidado compartilhado como um elemento que beneficia a todas as crianças que compõem os processos escolares, visto que fomenta interações sociais e potencializa vínculos, corroborando com as condutas de reconhecimento do diferente e de acolhimento à diversidade.

As práticas de cuidado compartilhado figuraram na tese de Doutorado que deu origem a este artigo como um elemento derivado da participação das crianças DT e das crianças com TEA nas rotinas, ambientes e ocupações implicadas na Educação Infantil. Sugerimos que outros estudos sejam realizados a partir deste resultado para que as relações estabelecidas entre crianças possam ser compreendidas e potencializadas no âmbito das práticas de Educação Infantil.

Destacamos os benefícios de trazer à tona essa prática observada na realidade educacional, nomeando-a e publicizando essa terminologia, no sentido de que possa ser um elemento reconhecidamente presente no cotidiano escolar e favorecedor da participação infantil, das relações interpessoais e da inclusão escolar.

Na interface estabelecida na introdução deste manuscrito, entre a educação escolar e a Terapia Ocupacional, as práticas de cuidado compartilhado representam frente de atuação de ambas as áreas do conhecimento, visto que se referem a atividades escolares que são reali-

zadas enquanto ocupações estruturantes dos cotidianos infantis. Esse olhar multiprofissional e interdisciplinar pode ser um potencializador tanto das práticas de cuidado compartilhado quanto do seu efeito positivo para a participação de todas as crianças no cotidiano escolar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENTZEN, W. R. Descrições Narrativas. In: BENTZEN, W.R. **Guia para observação e registro do comportamento infantil**. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012. p. 99-116.

BISHOP, K.D.; JUBALA, A.K.; STAINBACK, W. Promovendo amizades. In: Stainback, S.; Stainback, W. **Inclusão: um guia para educadores**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999. p. 184-199.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Volume 1. Brasília: MEC/SEF. 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB nº 02/2001**. Institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na educação Básica. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Inclusão**. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil**. Brasília: MEC, SEB. 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Nota técnica Nº 19**. Profissionais de apoio para alunos com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento matriculados nas escolas comuns da rede públicas de ensino. 2010b. Disponível em: <<https://lepedi-ufrrj.com.br/wp-content/uploads/2020/09/Nota-t%C3%A9cnica-n%C2%BA.-19-Profissionais-de-apoio.pdf>> Acesso em 23 de junho de 2019, às 17:55h.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Nota técnica Nº 24**. Orientação aos Sistemas de Ensino para a implementação da Lei nº 12.764/2012. 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=-13287-nt24-sistem-lei12764-2012&Itemid=30192> Acesso em 23 de junho de 2019, às 18:15h.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. 2018. Disponível em <<http://base-nacionalcomum.mec.gov.br/>> Acesso em 23 de junho de 2019, às 17:34h.

CAMPOS, J.A.P.P.; DUARTE, M. 2013. Alunos com deficiência na escola: interações com os colegas de turma ao longo dos anos escolares. In: Caiado, K.R.M (Org.). **Trajetórias escolares de alunos com deficiência**. São Carlos: EdUFSCar, 2013. p. 163-184.

CARVALHO, M.P. **No coração da sala de aula: gênero e trabalho docente nas séries iniciais**. São Paulo: Xamã, 1999.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução n° 500, de 26 de dezembro de 2018.** Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional no Contexto Escolar, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contexto Escolar e dá outras providências. 2018. Disponível em <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=10488>> Acesso em 21/06/2019, às 14:35h.

COSTA, C.I.; GUARANY, N.R. A percepção da criança típica sobre a criança com deficiência em uma escola do ensino regular da rede pública da cidade de Pelotas. **Revista Educação e Emancipação**, São Luís, vol. 12, n. 2, p. 274-291. 2019. DOI: <<http://dx.doi.org/10.18764/2358-4319.v12n2p274-291>>

DAVIS, J.; POLATAJKO, H. Occupational development. In: CHRISTIANSEN, C.; TOWNSEND, E. **Introduction to occupation: The art and science of living.** Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc. 2004, p. 91-119.

DAVIS, J.; POLATAJKO, H. Occupational development of children. In: RODGER, S.; ZIVIANI, J. **Occupational Therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation.** Malden: Blackwell Publishing, 2006. p. 136-157.

DE VITTA, F. C. F.; DE VITTA, A.; MONTEIRO, A. S. R. Percepção de professores de educação infantil sobre a inclusão da criança com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, vol. 16, n. 3, p. 415-428, 2010. DOI: 10.1590/S1413-65382010000300007

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. **Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais.** 1994. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 07/10/2010 às 17:32h.

DIDONET, V. Creche: a que veio, para onde vai. **Em Aberto**, Brasília, vol. 18, n. 73, p. 11-28, 2001.

FOLHA, D.R.S.C. **Perspectiva ocupacional da participação de crianças na Educação Infantil e implicações para a Terapia Ocupacional**. Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). 2019. Disponível em <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/11974>

FOLHA, D. R. S. C.; DELLA BARBA, P. C. S. Classificação da participação de crianças em ocupações nos contextos escolares na perspectiva da terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, vol. 30, e2907, 2022. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO21962907>

FOLHA, D.R.S.C.; RAMOS, M.M.A.; DELLA BARBA, P.C.S. Normativas oficiais para a Educação Infantil brasileira: desenvolvimento infantil e efetivação da Educação Inclusiva. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, vol. 14, n. esp. 1, p. 671-685, 2019. DOI: 10.21723/riaee.v14iesp.1.12198

GARTLAND, S. Occupational Therapy in preschool and childcare settings. In: CASE-SMITH, J. **Occupational Therapy for Children**. 4 ed. Missouri: Mosby, 2001. p. 731-755.

HÖHER-CAMARGO, S. **Interação social com pares, inclusão escolar e autismo**: Um estudo de caso comparativo (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

KUHLMANN JR, M. Histórias da educação infantil brasileira. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 5-18, 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL, A. L. B.; PIECZKOWSKI, S. I.; RECH, T. L. A inclusão de crianças com autismo na Educação Básica: Fatores significativos para o desenvolvimento infantil. **Revista do Seminário de Educação de Cruz Alta - RS**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 230-237, 2019. Disponível em: <<http://www.exatasnaweb.com.br/revista/index.php/anais/article/view/662>>. Acesso em: 18 mar 2022.

MANDICH, A.; RODGER, S. Doing, being and becoming: their importance for children. In: RODGER, S.; ZIVIANI, J. **Occupational Therapy with children:** understanding children's occupations and enabling participation. Malden: Blackwell Publishing, 2006. p. 115-135.

MULLIGAN, S. Preschool: I'm learning now! In: In: LANE, S.J; BUNDY, A.C. **Kids can be kids:** a childhood occupations approach. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2012. p. 63-82.

MUNGUBA, M. C. Inclusão escolar. In: CAVALCANTI; A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional:** Fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007. p. 519-525.

NUCCI, L. V. *et al.* Produção de conhecimento em Terapia Ocupacional na perspectiva da atenção integral à criança. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 5, p. 693-703, 2017.

OLIVEIRA, M.I. Educação Infantil: legislação e prática pedagógica. **Psic. da Ed.**, São Paulo, n. 27, p. 53-70, 2008.

PELOSI, M.B.; NUNES, L. R. D. P. A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 52-59, 2011.

SANINI, C. *et al.* Comportamentos indicativos de apego em crianças com autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n. 21, n.1, p. 60-65, 2008. DOI: 10.1590/S0102-79722008000100008

SANINI, C.; SIFUENTES, M.; BOSA, C. A. Competência social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com pares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 29, n. 1, 2013. 99-105. DOI: 10.1590/S0102-37722013000100012

SANINI, C.; BOSA, C.A. Autismo e inclusão na educação infantil: crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia**, vol. 20, n. 3, p. 173-183, 2015.

SARMANHO, A. P. S. **As Representações Sociais de Professores e Facilitadores sobre o Brincar da Criança com Transtorno do Espectro do Autismo em uma Escola Bilíngue de Educação Infantil**. Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGED) (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Pará (UEPA). 2021.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (WFOT). **About Occupational Therapy**, 2012. Disponível em <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

ZIVIANI, J.; RODGER, S. Environmental influences on children's participation. In: RODGER, S.; ZIVIANI, J. **Occupational Therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation**. Malden: Blackwell Publishing, 2006. p. 41-66.

**CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA
ASSISTIVA NA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA
OCUPACIONAL EM PACIENTES COM SEQUELAS
DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UMA
REVISÃO DA LITERATURA**

Thamires Bezerra Vasconcelos de Azevedo

André Maia Pantoja

Amanda Gabrielle do Vale Neves Machado

Lourraine da Costa Araújo

Mateus Ribeiro Demétrio

INTRODUÇÃO

De acordo com Mildner (2017), o Acidente Vascular Encefálico – AVE é um dos maiores causadores de sequelas sensório-motoras, cognitivas e de linguagem. É uma doença que desencadeia déficits neurológicos, além de restrições ao desempenho ocupacional das pessoas acometidas. Na intervenção à AVE, os terapeutas ocupacionais com o intuito de possibilitar desempenho e funcionalidade, têm a possibilidade de utilizar dispositivos de Tecnologias Assistivas (TA).

A incipiência na quantidade de pesquisas acadêmicas que comprovem as contribuições da utilização de TA pela Terapia Ocupacional na intervenção das sequelas de AVE viabilizaram a elaboração deste capítulo. Acredita-se que o uso de tecnologia assistiva em pacientes com sequelas de AVE pode proporcionar uma melhoria acelerada em seu desempenho ocupacional, além de proporcionar a independência e autonomia ao paciente acometido.

A presente pesquisa surge destacando os seguintes questionamentos: Quais as intercorrências trazidas pelo Acidente Vascular Encefálico ao paciente acometido? Quais os dispositivos de TA mais utilizados para pessoas com sequelas de AVE? E por fim, quais as contribuições terapêuticas ocupacionais no uso das tecnologias Assistiva para pacientes com sequelas de AVE?

As análises desenvolvidas sobre o tema deste estudo se fazem com a perspectiva de fornecer subsídios que oportunizem a produção de conhecimentos sobre o tema tratado. Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a importância ou os benefícios do uso da tecnologia assistiva na intervenção terapêutica ocupacional para a diminuição das sequelas de AVE.

Além disso, o estudo buscou enquanto objetivos específicos: Destacar as repercussões ocupacionais causadas pelo AVE, além de descrever os dispositivos de TA compatíveis em sua utilização em pessoas que apresentam sequelas de AVE, e examinar a aplicabilidade de dispositivos assistivos na intervenção terapêutica ocupacional no AVE.

Por fim, o seguinte trabalho buscou relatar as intercorrências causadas a pessoa acometida pelo Acidente Vascular Encefálico, para que sejam analisadas as possíveis intervenções. Ademais, pretende-se observar na literatura a intervenção terapêutica ocupacional em pessoas que apresentam sequelas de AVE. E ainda, pretende-se investigar os dispositivos de tecnologia assistiva e suas compatibilidades a pessoas com sequelas de AVE.

REFERENCIAL TEÓRICO

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E SUAS INTERCORRÊNCIAS A PESSOA ACOMETIDA

O Acidente Vascular Encefálico caracteriza-se por aparecimento súbito de manifestações clínicas e perturba-

ções focais do encéfalo, devido a mudança no fluxo sanguíneo (MANIVA, 2011). Percebe-se que é a causa mais comum de deficiência em adultos, causando sequelas neuromotoras irreversíveis, além de apresentar implicações comportamentais.

Há dois tipos mais comuns, o isquêmico e o hemorrágico. No primeiro, ocorre a diminuição do fluxo sanguíneo por causa da obstrução de uma artéria, fazendo com que haja a morte celular no tecido cerebral. No segundo, acontece o extravasamento do sangue para o cérebro devido à lesão da parede de uma artéria. (SILVA et al., 2022)

Os fatores de risco podem contribuir de forma significativa para que o AVC ocorra, como diabetes, hipertensão e o Sedentarismo. Logo, o Acidente Vascular Encefálico ocasiona disfunções e limitações que podem levar ao óbito. Dependendo do local da lesão, os impactos do acometimento causam limitações funcionais constituindo desequilíbrio nas ocupações, e no cotidiano do indivíduo acometido por AVC, atingindo a qualidade de vida do mesmo. (SILVA Et al., 2022)

Dependendo da região do cérebro atingida, a competência motora, cognitiva, comportamental e social do indivíduo pode ser acometida se variando em gravidade. Cerca de um terço das pessoas acometidas pelo AVC apresenta incapacidades permanentes no pós-AVC, e mais da metade necessita de tratamento de intervenção profissional para minimizar as sequelas, a fim de recuperar a autonomia e a qualidade de vida (ABAVC, 2019).

O Ministério da Saúde, aponta detalhadamente as sequelas e déficits de pacientes acometidos pelo AVE, sendo eles: fonação; sequela estética; miastenia, sendo o fator de maior incapacidade funcional; hemiplegia/hemiparesia, comprometimento sensorial, distúrbios cognitivos, da linguagem, e da percepção visual (BRASIL, 2013).

Segundo Cruz et al. (2014) o comprometimento motor, tais como déficits na locomoção devido à hemiplegia/hemiparesia, alterações do tônus muscular, espasticidade, ataxias, dentre outras, são as causas que podem transformar-se em um importante fator de incapacidade, limitando o indivíduo para realizar parcial ou totalmente suas AVD.

Partindo disso, as intercorrências que o AVE traz a vida do cliente, afetam diretamente suas AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), dificultando o desempenho de papéis ocupacionais (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que a volição é como porção motivadora do comportamento ocupacional, que se manifesta no desejo de cada indivíduo de encontrar e ser eficaz na interação com o mundo, sendo influenciados por outros fatores físicos, a exemplo de: humor, fadiga, excitação, medo, dentre outros fatores. Devidos a essas situações, a vontade pode sofrer alterações devido à reação negativa ocasionada pelas tentativas frustradas de idealizar ou realizar, algumas de suas antigas ocupações (BRASIL, 2013).

O desempenho da mobilidade da pessoa é o mais prejudicado pelas sequelas motoras, podendo comprometer a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) sendo essas, o banho, transferências, o vestuário e a locomoção. Outras evidências demonstram que uma decorrente diminuição de mobilidade ocasiona uma diminuição na participação social, redução das conexões sociais, e ainda uma consequência emocional que tem relação ao sentimento de perda emocional, isolamento, estresse, diminuição da autoestima e medo do abandono (FÁBRIS; MARTINS, 2022).

Além dos fatores mencionados, Soares et al. (2019), demonstram que as alterações do humor ou transtorno da expressão emocional involuntária, caracterizada por crises de choro e/ou riso incontroláveis e estereotipadas, ocorrendo de forma dissociada ao estado de humor real, podendo desencadear depressão e isolamento.

Dessa forma, o AVC causa transtornos no dia a dia dos indivíduos acometidos, assim como também na vida de seus familiares ou cuidadores, que estão diariamente convivendo com a sobrecarga dos cuidados com os pacientes. Dessa maneira, gerando um possível impacto negativo na qualidade de vida. (FÁBRIS; MARTINS, 2022)

Sendo assim, o programa necessário para reabilitação destes pacientes, conta com o auxílio de dispositivos de Tecnologia Assistiva que tem por objetivo melhorar a mobilidade funcional, força muscular, equilíbrio bem como a qualidade de vida desses pacientes, objetivando também prevenir deformidades e contraturas.

DISPOSITIVOS DE TECNOLOGIA ASSISTIVA E SUAS COMPATIBILIDADES EM PESSOAS COM SEQUELAS DE AVE

A tecnologia assistiva caracteriza-se por recursos e serviços direcionados a indivíduos com limitações no desempenho de atividades e em habilidades funcionais. De acordo como instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Lei Nº 13.146 de 2015, o termo tecnologia assistiva ou ajudas técnicas refere-se a:

Produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2021, p. 20).

De acordo com os autores Leite e León, (2018), a sociedade passa por várias transformações em muitos contextos principalmente em relação à evolução tecnológica, que viabiliza diariamente uma gama de recursos que modificam e viabilizam a vida das pessoas. Nessa maneira,

esses dispositivos antes utilizados apenas para realizarem complexas operações numéricas, hoje em dia servem como ferramenta de grande funcionalidade nos mais diversos contextos, dentre eles, destaca-se seu uso como recurso terapêutico no campo da saúde.

A utilização de tecnologias em concordância com outras ações de caráter interdisciplinar e que possibilitam que indivíduos com algum tipo de deficiência consigam realizar atividades antes entendidas como impossíveis, são chamadas de Tecnologia Assistiva (TA). Ademais, um dos objetivos principais da tecnologia assistiva é melhorar a qualidade de vida de grupos específicos de pessoas com deficiências físicas e/ou cognitivas (LEITE; LEÓN, 2018)

A Tecnologia Assistiva é um auxílio que proporciona uma ampliação de habilidades funcionais deficitárias ou concede a oportunidade de execução das funções de interesse, que eram inviáveis em decorrência da deficiência ou envelhecimento. Dessa maneira, utiliza-se a tecnologia assistiva nas intervenções, principalmente nas adaptações de atividades de vida diária (SILVA Et al., 2022).

Atualmente o consumo realizado pela sociedade está em constante mudança, e os fenômenos sociais ocorrem na mesma rapidez em que novas tecnologias são criadas. O consumo de meios tecnológicos alcança grande relevância na vida social das pessoas que interagem nas redes virtuais, utilizando os demais tipos de dispositivos e se relacionando em tempo real. Este comportamento carrega consigo a dinamização das relações, o uso e a disseminação da informação e que ganham proporções maiores a cada momento do dia (PAZ; LEITE, 2017).

Em relação ao desenvolvimento de aplicativos e as demais tecnologias, é essencial que a aplicação atenda aos requisitos básicos solicitados e que possibilite um aprendizado mais fácil e utilização por parte dos pacientes. Para

que isso ocorra, os designers investem na otimização de diversos aspectos, dentre essas informações destaca-se a usabilidade, pois esta tem papel fundamental na qualidade do software (PAZ; LEITE, 2017).

De acordo com Paz e Leite (2017), a usabilidade é um fator determinante na qualidade da interação humano-computador, pois ela leva em conta a capacidade humana em todos os aspectos do processo do design. Nesse contexto, encontram-se principalmente pessoas com algum tipo de dificuldade e deficiência. Dessa forma, a usabilidade possibilita que essas pessoas utilizem sistemas e equipamentos antes indisponíveis devido às suas limitações.

Tanto no aspecto cognitivo ou físico, essas práticas são denominadas tecnologias assistivas, pois servem como importante auxílio ou ajuda na realização de atividades diárias, promovendo acessibilidade, autonomia e qualidade na vida destes indivíduos (PAZ; LEITE, 2017)

Por outro lado, define-se que a Tecnologia Assistiva (TA) é um conjunto de recursos, equipamentos e produtos que possuem o intuito de proporcionar independência e autonomia a pessoas com limitações. Os resultados do processo de reabilitação estão relacionados com os fatores motivacionais, dessa forma estimular o engajamento e favorecer a evolução e recuperação do paciente. (SILVA et al., 2022)

A tecnologia assistiva está relacionada com os processos que favorecem, compensam, potencializam ou auxiliam as habilidades ou funções pessoais comprometidas pela deficiência, geralmente relacionadas às funções motoras, às funções visuais, às funções auditivas e/ou comunicativas (GALVÃO FILHO, 2013).

Assim, designa-se tecnologia assistiva dispositivos assistentes com a função de permitir o desempenho de atividades cotidianas, além de contribuir e ampliar as capacidades funcionais para o exercício da mesma. A TA

abrange dispositivos que objetivam ampliar a funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e participação no contexto social, sendo atribuída a pessoas com deficiência, limitações funcionais e déficits motores, cognitivos ou sensoriais (MILDNER et al., 2017).

O período pós acidente vascular encefálico causa significativas restrições à vida cotidiana desses indivíduos, podendo ser marcado por dificuldades na marcha e equilíbrio, afasia, fraqueza muscular, disartria, disfunções a nível intestinal e miccional, dentre outros (MORAIS, 2018). Assim, o uso de objetos e recursos que possam auxiliar e viabilizar o desempenho de atividades cotidianas faz-se relevante.

Considerando as incapacidades comumente apresentadas pós AVE, a dificuldade para realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) com autonomia é algo relevante (BEZ, 2021).

Os dispositivos utilizáveis para pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico transitam entre as diversas categorias da tecnologia assistiva, de acordo com Piratini (2018) em pacientes com hemiplegias decorrentes de AVE, aparelhos de adequação e controle postural favorecem aspectos referentes à percepção e consciência corporal e envolvem formas de alinhamento do tronco, pescoço, cabeça e ombros, prevenindo deformidades e desalinhamento postural.

De acordo com Bez (2021), através da análise do desempenho ocupacional, das incapacidades apresentadas pode-se fazer uso de diversos recursos caracterizados como tecnologias assistivas (TA) para proporcionar habilidades funcionais resgatando autonomia, independência e participação social.

Além desses aspectos, dispositivos de auxílio para a mobilidade, como bengalas, andadores e cadeiras de rodas e banho são comumente indicados para pacientes com

limitações na deambulação e favorecem significativamente no processo de reabilitação e independência (CARO; COSTA; CRUZ, 2018).

Ademais, é referido na literatura o uso de adaptações para atividades de autocuidado e instrumentais para a vida diária, como o uso de engrossadores em talheres, pentes de cabelo e escovas de dente, permitindo a independência e autonomia. Para mais, a recomendação de recursos como órteses, que visam “estabilizar/imobilizar, corrigir deformidades e prevenir agravos, proteger estruturas e articulações, mobilizar e restaurar função”, são indicadas para o uso nos membros superiores e inferiores. (GRADIM; PAIVA, 2018).

Portanto, o uso da tecnologia assistiva se configura relevante como coadjuvante no processo da reabilitação terapêutica ocupacional em pacientes com sequelas de acidente vascular encefálico.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL EM PESSOAS QUE APRESENTAM SEQUELAS DE AVE

As pessoas que sofrem Acidente Vascular Encefálico – AVE apresentam um quadro de limitações funcionais, que podem comprometer diretamente a qualidade de vida. Diante do explicitado, de acordo com Shin e Toldar (2015), a intervenção terapêutica ocupacional tem o propósito de desenvolver junto às pessoas que sofreram AVE, atividades significativas e importantes. Dessa forma, essas pessoas terão uma maior condição de participação social, autonomia e independência.

Nesse contexto, a terapia ocupacional é responsável por intervenções terapêuticas centradas no restabelecimento funcional como também nas adaptações das atividades de vida diária do paciente. O terapeuta estimula tanto os aspectos cognitivos quanto às questões motoras do paciente, além do mais promove o trei-

no de AVD, tendo como objetivo capacitar o indivíduo para o alcance da autonomia e independência (SILVA et al., 2022).

Sendo assim, a intervenção terapêutica ocupacional se concede pela estruturação de um processo terapêutico que envolve a avaliar e identificar a funcionalidade levando-se em consideração aspectos do sujeito como sua condição social e familiar, desenvolvimento, faixa etária, dentre outros que ocupam um papel importante na determinação dos objetivos terapêuticos da intervenção (SOARES et al, 2019).

Além disso, cabe ao terapeuta ocupacional ofertar ao longo do processo terapêutico espaço para o paciente engajar-se, envolvendo-o na escolha e determinação de atividades significativas com o objetivo de integrá-lo no cuidado de forma a motivar na etapa de intervenção (SOARES et al, 2019).

A realização das atividades do dia a dia com independência e funcionalidades é um fator preponderante na qualidade de vida do indivíduo. A Terapia Ocupacional tem como definição a terapêutica de ocupações da vida cotidiana de indivíduos, com o objetivo de possibilitar a participação em ocupações significativas e engajamento social, bem como intervêm na capacitação, reabilitação e promoção da saúde e bem-estar de pacientes com necessidades (SILVA et al., 2022).

A Terapia Ocupacional se constitui fundamentalmente na reabilitação de indivíduos acometidos por patologias, transtornos ou deficiências, incluindo como sequelas do Acidente Vascular Cerebral. A Tecnologia Assistiva (T.A), é área que se constitui no processo reabilitativo de pacientes com AVC, por meio das adaptações para atividades cotidianas, através das órteses, próteses e meios que auxiliam a locomoção (SILVA et al., 2022).

Dessa forma, o terapeuta ocupacional tem como en-

foque principal o desempenho do ser humano nas diferentes ações do cotidiano (SHIN; TOLDRÁ, 2015). O desempenho ocupacional trata-se da participação ativa, integrada e equilibrada da pessoa na realização de suas atividades cotidianas em três áreas fundamentais: autocuidado, produtividade e lazer. Todo esse processo tendo como base as suas experiências, pois possibilita determinar suas habilidades, bem como a satisfação para desempenhar as ocupações cotidianas (MILDNER, 2017).

As principais sequelas apresentadas pela pessoa após o AVE é a hemiplegia, seguida de espasticidade, onde metade do corpo é paralisada e apresenta rigidez nos músculos. Com relação às ocupações, Santos (2021), o AVE impacta em suas AVD. Atividades de vestuário, alimentação e higiene tornam-se mais complexas para esses indivíduos, tendo em vista que esses indivíduos apresentam dificuldades de equilíbrio, de aprendizagem, e memória. Assim, funcionamento cognitivo e do cérebro estão diretamente relacionados (FERRO; LINS; TRINDADE FILHO, 2013).

Alguns pacientes podem recuperar parcialmente ou até totalmente os movimentos do lado afetado com o tratamento de terapia ocupacional. E a terapia ocupacional auxilia na realização das tarefas cotidianas como, alimentar-se, escovar dentes e cabelos, tomar banho, entre outros (SIMIONATO, 2012).

Nesse sentido, os terapeutas ocupacionais, oportunizam a capacidade de criar e utilizar dispositivos de Tecnologia Assistiva (TA), como estratégia de inclusão de pessoas com sequelas pós AVE, na realização das atividades e ocupações de preferência, com o intuito de possibilitar desempenho e funcionalidade, auxiliando as pessoas com limitações em suas atividades cotidianas. As Tecnologias Assistivas, são dispositivos auxiliares na função de muitas pessoas com restrições nas

atividades cotidianas, contribuindo para a ampliação das habilidades funcionais (MILDNER, 2017).

O terapeuta ocupacional pode dar auxílio na postulação adequada do paciente no leito, com a finalidade de reduzir a pressão em áreas vulneráveis, evitando úlceras por pressão. Nesta prática, podem se fazer uso de colchões, almofadas e assentos (MILDNER et al, 2017).

Diante o contexto, o terapeuta ocupacional por ter o domínio e conhecimento do desempenho ocupacional do paciente, pode construir dispositivos de Tecnologia Assistiva. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional por meio da Tecnologia Assistiva deve analisar as habilidades, as necessidades e os objetivos da pessoa, para que a TA venha a contribuir no processo de reabilitação funcional e na inclusão social (MILDNER, 2017).

Em vista disso, é notório a contribuição da profissão de Terapia Ocupacional, por meio do uso da Tecnologia Assistiva, como sendo parte de sua intervenção, para o tratamento de pacientes acometidos pelo AVE. Sendo esta atuação, muito significativa para a melhora do desempenho de atividades do cotidiano, qualidade de vida e bem-estar dos pacientes com sequelas do AVE.

MÉTODO

O presente artigo trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa de abordagem qualitativa da literatura acadêmica acerca das contribuições das tecnologias assistivas como intervenção terapêutica ocupacional destinadas a pacientes com sequelas de Acidente Vascular Encefálico – AVE, realizada em maio de 2021. Para produção do estudo, selecionaram-se os artigos publicados entre 2012 e 2019, referentes aos últimos nove anos, onde destaca-se a ausência na publicação de obras recentes, especialmente nos últimos dois anos.

Adotou-se como critérios de inclusão, os artigos

ou documentos governamentais publicados em língua portuguesa, encontrados em site governamental ou nas seguintes bases de dados: *Scielo – Scientific Electronic Library Online*; Biblioteca Virtual em Saúde e Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico. Para o levantamento, utilizou-se os seguintes descritores: “Equipamentos de Autoajuda” and “Acidente Vascular Cerebral” and “Terapia Ocupacional”.

A amostragem final do levantamento foi efetivada a partir da leitura do resumo das obras encontradas que responderam ao problema da pesquisa, totalizando (...) estudos selecionados e analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

É sabido que no desempenho ocupacional, as condições clínicas são fatores que os influenciam. Nesse sentido, quanto mais tardio o início do processo de reabilitação, maiores serão as consequências das sequelas. Diante dos estudos apresentados na pesquisa do presente artigo, de acordo com Peracine (2018), o mesmo destaca que os tratamentos adaptativos (mudanças na forma de realização de atividades, na inserção de um dispositivo ou adaptação ambiental) são importantes.

Pode-se perceber que as sequelas motoras decorrentes do AVC comprometem o desempenho das atividades cotidianas, causando um enfrentamento de diversas dificuldades na execução e conclusão satisfatória das mesmas. Mediante o contexto, ressalta-se a importância da intervenção terapêutica ocupacional, agindo juntamente na recuperação de pessoas acometidas pelo AVC, com auxílio de dispositivos de Tecnologia Assistiva.

Referente ao cenário da Tecnologia Assistiva (TA),

para pacientes com sequelas de AVC:

A Tecnologia Assistiva é potencializadora do desempenho ocupacional no AVC, encontram-se alguns exemplos de dispositivos: facilitadores de atividades de vida diária (como engrossadores de talheres) e instrumentais (exemplo: tábua adaptada para cortar alimentos), de mobilidade (bengalas e andadores), adaptação ambiental (barras para banheiro e elevadores de assentos) que são orientados por profissionais, adquiridos e/ou entregues pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PERACINI, 2018, p.22).

Neste caso, é de suma importância que a pessoa acometida pelo AVC seja orientada a iniciar o acompanhamento em reabilitação de imediato, para se prevenir das complicações e potencializar a melhora. Assim, de acordo com Mildner (2017), pode-se dizer que há uma problemática no desempenho ocupacional da pessoa com sequelas do AVC, nas atividades relacionadas principalmente nas áreas do desempenho ocupacional, como a produtividade, o lazer e o autocuidado.

Concorda-se que as pessoas com sequelas do AVE têm limitações no desempenho ocupacional, na área de autocuidado. As práticas de autocuidado são aquelas que a pessoa se envolve de forma espontânea para se manter bem de saúde e para manter seu bem-estar (MILDNER, 2017). Assim, é relevante a valorização no investimento de recursos na área de autocuidado, como a criação de Tecnologia Assistiva, pois a pessoa se tornará menos dependente de outras pessoas.

Ademais, em relação às atividades produtivas, é importante que o profissional, terapeuta ocupacional, tenha uma análise diferenciada, pois em conformidade com Mildner (2017), os impedimentos dessas tais atividades podem resultar em dificuldades linguístico/cognitivos, funcionais

e agravantes psico/emocionais, ocasionadas pelo afastamento da atividade laboral, afetando diretamente a vida da pessoa afetada pelo AVC e também dos seus familiares.

Vale ressaltar que entre as áreas de desempenho ocupacional, estão as atividades de lazer. Sabe-se que existe uma restrição na realização de atividades recreação ativa e na socialização. Para a realização dessas atividades, verifica-se a importância do uso de Tecnologia Assistiva, para o auxílio na execução e a participação nas atividades de lazer, proporcionando uma vida em sociedade e o exercício da cidadania de forma plena, aumentando o interesse, com independência e autonomia (MILDNER, 2017).

Sendo assim, após a apresentação dos resultados, é possível compreender a relevância das atribuições do terapeuta ocupacional junto à pessoa acometida pelo AVC, pois atua como um agente auxiliar das atividades cotidianas, criando dispositivos de TA e planejando estratégias de intervenção. Percebe-se que prescrever, criar e supervisionar o uso dos dispositivos de TA permite melhorar o desempenho das atividades cotidianas, deixando a pessoa com alguma restrição, na realização de atividades, a fazê-las sem ajuda, precisando apenas de uma supervisão ou realização de maneira independente.

CONCLUSÃO

Considera-se relevante o uso de dispositivos assistivos para indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico, seja isquêmico ou hemorrágico, tendo em vista que as complicações advindas destas sequelas causam repercussões significativas no desempenho de AVDS, AI-VDS, dentre outras áreas ocupacionais que permeiam a vida. Sendo assim, torna-se viável a atuação da terapêutica ocupacional, utilizando-se da tecnologia assistiva para alcançar seus objetivos no processo de reabilitação.

Com relação à pesquisa de produções científicas

sobre o tema, a partir dos resultados obtidos, é possível constatar que a produção científica nacional de Terapia Ocupacional sobre a temática em questão, em periódicos indexados, tem se demonstrado instável e diminuta. Em relação ao número de publicações, observa-se a ausência de publicações recentes no último ano e atual. Quanto ao idioma, todos os periódicos analisados são nacionais, com onze publicações em língua portuguesa, abrangendo dois documentos governamentais.

O terapeuta ocupacional (SOARES et al, 2019) busca intervir com o indivíduo com complicações de AVE identificando e proporcionando ações práticas, considerando os fatores do cliente, como idade, desenvolvimento, formação familiar, contexto social e capacidades remanescentes utilizando seu objeto de estudo, a atividade humana, para promover atividades que viabilizem maior qualidade de vida para seus clientes.

Considera-se primordial o apoio à família, através das orientações e estratégias que facilitem o cuidado e que não coloquem em causa a independência e autonomia do paciente. O terapeuta ocupacional visa à satisfação e reinserção desse indivíduo, em seus contextos no desempenho das atividades que lhe são próprias e possíveis, em cada fase da recuperação ou na adaptação e prescrição de recursos de TA, para as sequelas permanentes do AVE, que o cliente apresenta.

Assim, considera-se que o uso de TA pode influenciar na melhoria do desempenho ocupacional de pessoas com limitações e restrições na realização de suas AVD's e AIVD's, auxiliando para minimizar as sequelas do AVE, e facilitar a realização das atividades importantes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASIL AVC (ABAVC). Educação multidisciplinar ao cuidado e à Reabilitação pós-AVC. 2019. Disponível em: <https://abavc.org.br/wp-content/uploads/2019/11/caderno-cuidador.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

BEZ, Luana Ramos; MACHADO, Julia Clemência; BEIRÃO, Marcelo Emílio; SANTINA, Maria Madalena; CARDOSO, Priscila Schacht; SILVEIRA, Mayara Caramês da. Órteses para membro superior e seu papel na reabilitação do paciente pós-acidente vascular cerebral (AVC). **Atenção à saúde na deficiência física e intelectual**. Criciúma, SC: UNESC, cap. 5, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL, **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**. Secretaria Geral: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm#art127. Acesso em: 10 maio 2021.

CARO, Camila Caminha; COSTA, Jacqueline Denubila; CRUZ, Daniel Marinho Cezar da. O uso de dispositivos auxiliares para a mobilidade e a independência funcional em sujeitos com Acidente Vascular Cerebral. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 558-568, July 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S252689102018000300558&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2021.

CRUZ, Daniel Marinho Cezar da et al. EFEITOS DA INTERVENÇÃO EM GRUPO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA PARA PESSOAS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria.*, São Carlos, v. 3, n. 18, p. 189-201, ago. 2014.

FÁBRIS, Elaine Meller Mangilli; MARTINS, Souza Danielle. Avaliação Funcional e da Qualidade de Vida de pacientes com sequela de AVC antes e após um programa de reabilitação em um centro especializado em reabilitação. **Revista Inova Saúde**, v. 12, n. 1, p. 57-69, 2021. Disponível em: [http://avaliação funcional e da qualidade de vida de pacientes com sequela de avc antes e após um programa de reabilitação em um centro especializado em reabilitação | fábris | inova saúde \(unesc.net\)](http://avaliação funcional e da qualidade de vida de pacientes com sequela de avc antes e após um programa de reabilitação em um centro especializado em reabilitação | fábris | inova saúde (unesc.net)). Acesso em: 19 mar 2022.

GALVÃO FILHO, T. A construção do Conceito de Tecnologia Assistiva: Alguns novos interrogantes e desafios. *Revista da FACED*, Salvador, n. 1, p. 25-42, jan./jun. 2013.

GRADIM, Luma Carolina Câmara; PAIVA, Gisele. Modelos de órteses para membros superiores: uma revisão da literatura. **Cadernos Brasileiros Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 479-488, abr.2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n2/2526-8910-cadbto-26-02-00479.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

LEITE, M. C. D.; LEÓN, M. E. S. Tecnologia assistiva e neurodegeneração: estimulação cognitiva com jogos digitais. **Revista do CCEI**, v. 23, n. 38, p. 61-78, 2018.

MANIVA, S.J.C.F. Adoecimento por acidente vascular encefálico agudo para pessoas hospitalizadas: uma abordagem interacionista. Fortaleza, 2011. 152f. Dissertação (**Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde**) – **Centro de Ciências da Saúde**, Universidade Estadual do Ceará. http://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/55/2019/12/samia_jardelle_costa_de_freitas_maniva.pdf. Acesso em: 26 maio 2021.

MILDNER, A. R et al. Desempenho ocupacional de pessoas hemiplégicas pós-avc a partir do uso de tecnologias assistivas. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 1, n. 4, p. 447-456, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/12498>. Acesso em: 11 maio 2021.

MORAIS, P. A. F. O uso de tecnologias assistivas pode contribuir no aumento da força muscular após acidente vascular encefálico? Revisão sistemática. 2018. 23 f. **TCC (Graduação em Fisioterapia)** - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/33231>. Acesso em: 10 maio 2021.

PAZ, F. J.; LEITE, M. C. D. Avaliação da usabilidade do aplicativo comunique-se: um app para pacientes que sofreram AVC. **Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp**, p. 292-308, 2017.

PERACINI, Amanda Polin Pereira. Smartvest: tecnologia assistiva para percepção e correção postural de pessoas com acidente vascular cerebral. 2018. Dissertação (**Mestrado em Bioengenharia**) - **Bioengenharia**, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-03052019-160314/pt-br.php>. Acesso em: 10 maio 2021.

PERACINI, A. P. P. Smartvest: tecnologia assistiva para percepção e correção postural de pessoas com acidente vascular cerebral. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-03052019-160314/publico/Dissert_Peracini_AmandaPP_corrigida.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

MILDNER, A. R. Desempenho ocupacional de pessoas hemiplégicas pós-avc a partir do uso de tecnologias assis-

tivas. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO**, v. 1, n. 4, p. 447-456, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/12498/pdf>. Acesso em: 11 maio 2021

SHIN, C. G.; C. TOLDRÁ, R. Terapia ocupacional e acidente vascular cerebral: revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1162>. Acesso em: 11 maio 2021.

SILVA, E. C. R., CARVALHO, A. A. L., COSTA, F. S., SÁ, N. M. C. M., JUNIOR, J. R. L. O Uso do Karatê como recurso no processo reabilitatório de um paciente com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC): Um relato de experiência em Terapia Ocupacional. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 10, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26231>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SIMIONATO, T. Produto de Tecnologia Assistiva Direcionado a Pacientes com Hemiplegia Espástica Decorrente de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico Trombótico. **[Monografia]**. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2012. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/handle/123456789/1544>. Acesso em: 11 maio 2021.

SOARES, Bruna Maria Rodrigues et al. Acidente Vascular Encefálico: conceituação e a atuação da Terapia Ocupacional. **Medicina e Saúde**, Rio Claro, v. 2, n. 2, p. 41-56, jan./jun. 2019. Disponível em: <file:///E:/sumario3.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

SOBRE OS AUTORES

ALANE MARQUES LIMA. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5605310594118659>. Orcid: 0000-0003-4394-8697.

ALNA CAROLINA MENDES PARANHOS. Terapeuta ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Neurociência e Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7649446392041207>. Orcid: 0000-0003-0967-7424.

AMANDA GABRIELLE DO VALE NEVES MACHADO. Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6490660088593965>. Orcid: 0000-0001-7896-7893.

ANA CAROLINA DE SOUZA DAMASCENO. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Saúde na Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2872748033200037>. Orcid: 0000-0002-5324-8777.

ANA CLÁUDIA MARTINS E MARTINS. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Mestre em Educação pela *Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción*. Docente do departamento de Terapia Ocupacional da UEPA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3242270414212251>. Orcid: 0000-0002-7561-7414.

ANA PAULA SANTOS SARMANHO. Terapeuta Ocupacional e Mestre em Educação pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4158955718630169>. Orcid: 0000-0003-1911-887X.

ANA PAULA SOUZA BICHARA LEITE. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Ser-

vidora da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SE-
MA) e Terapeuta Ocupacional da UEAFTO/CER III - UEPA.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4489500477837730>. Orcid:
0000-0002-2840-0175.

ANDRÉ MAIA PANTOJA. Terapeuta Ocupacional e Especialista em abordagem interdisciplinar com pessoas que apresentam deficiências pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Docente do departamento de Terapia Ocupacional da UEPA. <http://lattes.cnpq.br/0755002972797042>. Orcid: 0000-0002-4099-5095.

CARLA CAMILA CHAVES LEAL. Graduação em terapia ocupacional pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Residente em saúde da mulher e da criança na modalidade multiprofissional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA/ FSCMP). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0193731311381890>. Orcid: 0000-0002-8527-1314

CARLA LARISSA COSTA FERREIRA. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residente do Programa de Residência em Atenção à Saúde Mental, da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHC-GV). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1961833914630471>. Orcid: 0000-0002-4151-2091.

DÉBORA RIBEIRO DA SILVA CAMPOS FOLHA. Terapeuta Ocupacional. Doutora em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente do departamento de Terapia Ocupacional da UEPA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9888013532351574>. Orcid: 0000-0002-0743-603X.

ELSON FERREIRA COSTA. Terapeuta Ocupacional e Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente do departamento de Terapia Ocupacional da UEPA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1942489785908185>. Orcid: 0000-0003-4115-9029.

ELYENNE DE NAZARÉ PRAZERES DA SILVA ALVES.

Terapeuta Ocupacional e pós-graduada em Transtorno do Espectro Autista pela Faculdade Finama. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2487351778915928>. Orcid: 0000-0001-5102-9477.

ESTER MIRANDA DA SILVA PEREIRA.

Terapeuta ocupacional. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Educação (PPGED) da pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Terapeuta Ocupacional da UEAFTO / CER III - UEPA Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0851548477030350>. Orcid: 0000-0001-5956-0940.

GEOVANA DUARTE DE SOUSA.

Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3095952750325973>. Orcid: 0000-0001-9609-3800.

GIOVANA GONÇALVES SODRÉ.

Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4226335617481602>. Orcid: 0000-0001-7902-4395.

INGRID BERGMA DA SILVA OLIVEIRA.

Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Docente do departamento de Terapia Ocupacional da UEPA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1474974503465827>. Orcid: 0000-0001-8896-4522.

ISABEL CRISTINA SANTOS RODRIGUES.

Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4793679300826965>. Orcid: 0000-0001-9899-5816.

JONATHA ALMEIDA BARROS.

Acadêmico do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2068539681812087>. Orcid: 0000-0001-5215-1220.

JOUBERT MARINHO DA SILVA BENTES. Terapeuta ocupacional. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Terapeuta Ocupacional da UEAFTO / CER III - UEPA Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2577940048208789>. Orcid: 0000-0001-5359-6010.

KHARINNI UCHOA PEREIRA. Terapeuta ocupacional pela Faculdade Santa Terezinha (CEST). Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7463845979124319>. Orcid: 0000-0002-5717-1068.

LARISSA MARIA DE SOUZA CRUZ. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde do Idoso (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5743557864441362>. Orcid: 0000-0003-4500-2942.

LÍVIA MELLO PONTES. Terapeuta Ocupacional. Especialista em saúde cardiovascular pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0518305721940623>. Orcid: 0000-0003-4547-1378.

LOURRAINE DA COSTA ARAÚJO. Acadêmico do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6074197469955273>. Orcid: 0000-0003-0889-8225.

LUANA CONCEIÇÃO QUEIROZ. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Mental pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8544259167750777>. Orcid: 0000-0002-7068-3252.

LUANA SIQUEIRA MARQUES. Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1267714252043103>. Orcid: 0000-0002-2072-8985.

LUCIVALDO DA SILVA ARAÚJO. Terapeuta ocupacional. Doutor em Psicologia Clínica (PUC/SP). Pós-doutorado em Psicologia (UFPA). Docente do departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1913486630666649>. Orcid: 0000-0002-8974-0886.

LUZIMARA VIEIRA RODRIGUES. Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6915005322007602>. Orcid: 0000-0001-5724-2471

MÁRCIO JOSÉ ANDRADE DA SILVA. Terapeuta Ocupacional. Especialista em saúde mental e justiça pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Terapeuta Ocupacional da Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FH-CGV). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9667953466452291>. Orcid: 0000-0003-4254-7218.

MATEUS RIBEIRO DEMÉTRIO. Acadêmico do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3658159059870880>. Orcid: 0000-0003-2003-3734.

PÂMELA RENATA GOMES DA SILVA. Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2691370676534001>. Orcid: 0000-0002-6757-6632.

PATRÍCIA CARLA DE SOUZA DELLA BARBA. Terapeuta Ocupacional. Doutora em Educação Especial. Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6448489426438006>. Orcid: 0000-0002-7893-8133.

PRISCILA GOMES SERFATY GUZZO. Terapeuta ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento Humano pela Universidade Federal do Pará. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0615737047009098>. Orcid: 0000-0002-2023-6745.

RENATA RAIOL MAGALHÃES. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8246827930839403>. Orcid: 0000-0003-2589-3821.

ROBERTA DE OLIVEIRA CORRÊA. Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde em Ensino na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Terapeuta Ocupacional da UEAFTO / CER III – UEPA e da Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2223075593082811>. Orcid: 0000-0002-4111-0340.

ROGERIA PIMENTEL DE ARAUJO MONTEIRO. Terapeuta Ocupacional pela Faculdade de Reabilitação da Associação de Solidariedade à Criança Excepcional. Doutora em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3727751172171074>. Orcid: 0000 - 0001 - 5373 - 847 X.

SAMANTHA HANNA SEABRA CASTILHO SIMÕES. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Mental pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0259484410679867>. Orcid: 0000-0001-8147-9823.

SHEILA ALCOLUMBRE GONÇALVES. Terapeuta ocupacional. Mestre em Ensino em Saúde na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Terapeuta Ocupacional da UEAFTO / CER III – UEPA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8360558146237538>. Orcid: 0000-0003-2908-1580.

SUELLEM CARLA NUNES NOBRE. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3917761665975011>. Orcid: 0000-0003-4217-0019.

TAILA CRISTINA BASTOS CAVALCANTE. Terapeuta Ocupacional e Residente Multiprofissional em Urgência e Emergência no Trauma pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1746521795574764>. Orcid: 0000-0002-3526-9873

TAMARA IGLESIAS DE BARROS. Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0901104822191707>. Orcid: 0000-0002-6867-9633

TARCIANA MARTINS DA SILVA VENTURA. Terapeuta ocupacional. Especialista Atenção à Saúde Cardiovascular pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2076641949777560>. Orcid: 0000-0002-7061-3860.

TATYANI ARÍCIA MAIA NOVAIS. Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6986406484597020>. Orcid: 0000-0003-1971-3863.

THAIS GOMES CABRAL DE AVELAR. Terapeuta ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Saúde da Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2568693502877190>. Orcid: 0000-0002-1577-8128.

THAMIRES BEZERRA VASCONCELOS DE AZEVEDO. Terapeuta Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2093662078962013>. Orcid: 0000-0002-3322-9325.

